Rok XLIV. Kraków 30 Grudnia 1905. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie oceny przyrządów formalinowych do odkażania mieszkań, oraz metodyki badania dezynfekcyjnej wartości chemicznych środków odkażających.

Podał

Dr. Leonard Bier.

W ogłoszonej w Nr. 46 „Przeglądu lekarskiego“ pracy „O formalinowem odkażaniu przyrządem zwanym „Berolina“, wykonanej pod kierunkiem doc. dr. Droby, wypowiedział dr. T. Pisarski nader korzystne zdanie o wyżej wymienionym przyrządzie, podnosząc jako szczególną jego zaletę krótkość czasu, w jakim wykonywa się przy jego użyciu odkażenie mieszkania, pewność skutku nawet przy zmniejszonej niż wskazuje przepis ilości formaliny, względnie przy nieszczelności mieszkania odkażanego. Przyjmując za Proskauerem i Elsnerem, twórcami nowego przyrządu „Berolina“, że trudno osiągnąć odkażenie mieszkania w krótkim czasie, — najwyżej 4 godzin, — przy użyciu zwiększonej ilości formaliny w przyrządzie Flüggego bez rozlutowania kotła i zepsucia przyrządu, wynikłego z koniecznie zdwojonej energii palnika, uważa kol. Pisarski przyrząd nowy za ostatni wyraz ulepszeń w tym kierunku.

Aby ocenić, o ile kryteryum — krótkość czasu potrzebna do dezynfekcyi, skutek przy nieszczelności mieszkania i zmniejszonej od przepisanej ilości formaliny, na których oparł kol. Pisarski korzystną swą opinię o przyrządzie „Berolina“, a przyrządowi Flüggego odmawia równej z nim wartości praktycznej, — jest uzasadnione, zastanowić się należy nad czynnikami, według których oceniamy wartość dezynfekcyjną i wogóle praktyczną tego rodzaju przyrządów, w pierwszej zaś linii co do skutku, jaki osiąga się przy ich użyciu. Zasadniczą różnicą w działaniu między przyrządem „Berolina“, a używanymi powszechnie przyrządami, wzgl. systemami dezynfekcyi formaldehydem, jest ilość wydzielonego na jednostkę przestrzeni (1 m^3) formaldehydu, gdy bowiem nowy „Aeskulap“ Scheeringa, przyrząd Flüggego, Prausnitza i Krehl-Elba zużywają na 1 m^3 przestrzeni 2,5 grm. formaldehydu przy działaniu 7, względnie 6-cio godzinnem, a 5 grm. przy 3$^1/_2$, wzgl. 3 godzinnem, przyrząd Proskauera i Elsnera zużywa na 1 m^3 8 gramów, równając się w tym względzie prawie już obecnie zarzuconemu przyrządowi Lingnera (7,5 gr.). Pytanie, które z zestawienia tych liczb się nasuwa, zmierza do odpowiedzi, czy dla osiągnięcia pewnego skutku dezynfekcyi mieszkania konieczną jest ilość stosowana w przyrządzie „Berolina“, a niewystarcza ilość podana dla przyrządów używanych powszechnie przy skróconym czasie ich działania.

Już Fairbanks[1]) osięgał prawie całkowitą dezynfekcyę swobodnie wystawianych na odkażanie prób zakażonych zarazkami błonicy, duru, zarodnikującemi formami wąglika (w ilości prawie 100%), przy zastosowaniu 2-gim paraformaldehydu w postaci pastylek w ciągu 8—10 godzin i przy ogrzaniu pokoju do 22° C; toż samo i Gehrke[2]), Enoch[3]) i inni, nawet przy zwykłej ciepłocie powietrza. Odmienne wyniki innych badaczy wytłómaczyły prace Peerenbooma[4]), Peerenbooma i Rubnera[5]), oraz Hammmerla i Kermaunera[6]) polimeryzacyą formaldehydu i brakiem dostatecznej ilości pary wodnej w powietrzu, która, przepajając przedmioty, chłonie wydzielony do powietrza aldehyd mrówkowy i jest niejako pośrednikiem dla właściwego procesu odkażania, a zarazem przeszkadza polimeryzacyi formaldehydu na ciało dezynfekcyjnie obojętne. Dowodów skutecznej działalności odkażającej formaldehydu, wydzielonego wraz z odpowiednią ilością pary wodnej do uszczelnionej przestrzeni przy użyciu 2,5 grm. w ciągu godzin 7. zaś 5 grm. w ciągu 3$^1/_2$, wzgl. 3 godzin, dostarczyły liczne badania, dokonane przy użyciu przyrządów Flüggego, Prausnitza Czaplewskiego, metody Krehl-Elba i zmodyfikowanej Scheeringa przez Neissera[7]),[8]), v. Brunnla[9]), Czaplewskiego[1])0, Kaupa[11]),[12]), przezemnie[13]) i innych, stwierdzając, że wszystkie zarazki, z wyjątkiem szczególnie opornych bakteryi ziemnych w okresie zarodnikowania, giną pod wpływem wyżej oznaczonych ilości formaldehydu w warunkach wyżej wskazanych, wystawiane bez grubszego pokrycia w ilości blizko 100% (zarazki wąglikowe w 87—96%). Że zaś wyniki takie same otrzymać można przy znacznie mniejszych ilościach formaldehydu, bo zaledwie wynoszących połowę i $^2/_3$ powyższej ilości i przy użyciu zarodnikujących form wąglika, wcale nie mało żywotnych, o ile sprzyjały dezynfekcyi ciepłota, obfita zawartość wilgoci, a w części i sztucznie stworzony ruch powietrza, — dowodów na to dostarczyły liczne doświadczenia w pracowni Rubnera, dokonane przez Mayera i Wolperta[14]). Porównywując wy-

[1]) Centralblatt f. Bacteriologie. Bd 23. Str. 689.
[2]) Deut. med. Wochschr., 1898.
[3]) Hyg. Rundschau, 1899.
[4]) Hyg. Rundschau, 1898.
[5]) Hyg. Rundschau, 1899.
[6]) Münch. med. Wochenschr., 1898.
[7]) Zeitschrift f. Hygiene, Bd. 29.
[8]) Hyg. Rundschau, 1899.
[9]) Zeitschrift f. Hygiene, Bd 30.
[10]) Münch. med. Wochensch., 1898.
[11]) Wien. med, Wochenschr., 1899.
[12]) Oesterr. Sanitatswesen, 1900.
[13]) Przegląd lekarski, 1902.
[14]) Archiv f. Hygiene, Bd 43.

niki wcale nielicznych (tylko jedno) doświadczeń Proskauera i Elsnera nad wartością przyrządu Flüggego z doświadczeniami innych badaczy, widzi się zbyt wielką ich sprzeczność i trudno przypisywać im jakąkolwiek wagę dla oceny wartości przyrządu Flüggego tembardziej, że w publikacyi ich brak wogóle protokołów z poszczególnych doświadczeń tak nad przyrządem własnym, jak i Flüggego, oraz przyrządem Walter Schlossmanna (Lingnera).

Zwiększenie ilości formaldehydu na 1 m^3 przestrzeni odkażanej, które zastosowali w swym przyrządzie Proskauer i Elsner, bynajmniej nie sprzyja dodatniemu skutkowi odkażania, jak to zresztą wynika z własnej ich publikacyi.

W wierszu 21-szym od dolu na str. 171 (szpalta 2) Nr. 11 (z r. 1904) czasopisma „Gesundheitsingenieur" czytamy: „*Ueber einen Effekt von 70—80$^0/_0$ Abtödtung der ausgelegten Proben (es wurden immer Staphylococcenhen benützt kamen wir allerdings auch hierbei nicht heraus. Wenn wir aber bedenken, dass kein anderer uns bekannter Apparat eine desinfektorische Mehrleistung aufzuweisen hat, und*" i t. d. Ustęp ten dowodzi chyba aż nadto dobitnie, że sami twórcy przyrządu stawiają go co do skutku dezynfekcyjnego nie ponad, lecz na równi z innymi przyrządami, które zużywają znacznie mniej aldehydu na jednostkę przestrzeni.

Tak więc różnica w ilości zużytego formaldehydu na jednostkę przestrzeni nie musi być przyczyną tej rozmaitej wartości dla celów praktycznych przyrządu Flüggego i przyrządu Proskauera i Elsnera, a korzystny wynik doświadczeń dr. Pisarskiego przy niezupełnej szczelności odkażanego pokoju, wzgl. przy zmniejszonej ilości formaliny, poniżej ilości podanej w tabelce Proskauera i Elsnera, nie dowodzi bynajmniej wyższości przyrządu tych autorów nad przyrządem Flüggego, Prausnitza i t. d., gdyż w obu doświadczeniach ilość formaliny zużytej znacznie przewyższała ilość potrzebną dla przyrządu Flüggego. Szczególną zaletę przyrządu Proskauera i Elsnera, według dr. Pisarskiego, objawiającą się w skuteczności działania dezynfekcyjnego już po 4 godzinach, nie można nazwać tak szczególną, w porównaniu z przyrządem Flüggego, gdyż działalność pewna tego ostatniego przyrządu objawia się już po $3^1/_2$ godzinach przy zużyciu formaliny przeszło o $^1/_2$ raza mniejszem.

W końcu należałoby mi odpowiedzieć na zarzut powtórzony przez kol. Pisarskiego za Elsnerem i Proskauerem o rozlutowaniu kotła i zepsuciu przyrządu Flüggego przy zdwojonej energii palnika. Muszę jednak oświadczyć, że co do tego zarzutu trudno mi się oprzeć przekonaniu o złej woli autorów niemieckich wobec przyrządu Flüggego — chyba że przyjmę, iż Proskauer i Elsner nie przeczytali dobrze odpowiedniej publikacyi Flüggego przystępując do doświadczeń z jego przyrządem. Porównywując liczby podane przez nich, rzekomo za Flüggem (strona 170, szpalta druga, wiersz 8 od góry), dla ilości wyskoku koniecznego do odparowania rozcieńczonej formaliny w przyrządzie Flüggego z oryginalną jego tabelką[15]), widoczną jest różnica i nie możnaby się dziwić, gdyby przy użyciu tych ilości wyskoku przyszło do rozlutowania kotła. Wobec tego rodzaju publikacyi i dyskredytowania w powyższy sposób pracy tak poważnego badacza, jak Flügge, nie mam zamiaru odpowiadać na zarzut powyższy, a dotknę tylko wogóle kwestyi zepsucia przyrządów. Że przyrząd Flüggego może się zepsuć, nie przeczę, — ale tylko przy złem i niedbalem jego wykonaniu i nieprawidłowem napełnieniu, z pominięciem stosunku formaliny, wody i wyskoku podanego w tabliczce Flüggego. Ponieważ tabliczka ta tak jest złożona, że po spaleniu wyskoku zawsze pozostaje w kotle Flüggego pewna ilość płynu, to rozlutowanie nawet przy płomieniu silnym i złem urządzeniu palnika, o ile wykonano kocioł trwale, jest niemożliwem. Tak więc zepsucie przyrządu Flüggego leży głównie w rękach wykonywującego dezynfekcyę, o wiele zaś rzadziej zależy od wykonania. Nie można zdaje się powiedzieć tego samego o przyrządzie Proskauera i Elsnera, który w tym okazie, który przed $2^1/_2$ laty miałem sposobność widzieć, łatwo się zanieczyszczał i psuł, a jak mnie zapewniano, w użyciu znacznie więcej sprawia zachodu, niż przyrząd Flüggego.

Jednym z warunków dobrej dezynfekcyi, zazwyczaj wykonywanej na koszt miasta lub ludności mniej zamożnej, jest, by cena jej była ile możności nizką. Jeżeli zważymy, że 1 przyrząd Flüggego wystarcza dla dezynfekcyi przestrzeni 150 m^3, zaś przyrząd „Berolina" tylko dla 100 m^3, że przyrząd ostatni bez opakowania przesyłki i cła (ostatnie około 10 kor.) kosztuje w Berlinie wraz z odwaniaczem amoniakowym 60 marek, a przyrząd Flüggego w kraju wykonany nader trwale i z blachy miedzianej kutej i pobielanej również z odwaniaczem kutym i wykonanym z blachy miedzianej pobielanej, a nie składany z żelaznej, jak w „Berolinie" i niektórych wyrobach przyrządu Flüggego — koron 76 bez cła, — że nadto dla dezynfekcyi przyrządem pierwszym potrzeba przeszło $1^1/_2$ razy tyle formaliny co w przypadku drugim, to oczywiście i temu żądaniu gorzej odpowie przyrząd berliński, niż przyrząd Flüggego.

I zdaje mi się, że przez powyższe krytyczne zestawienie poszczególnych punktów publikacyi Proskauera i Elsnera, oraz dr. Pisarskiego, z piśmiennictwem o dezynfekcyi, wykonywanej przyrządami posługującymi się formaliną, które tylko w części uwzględniłem w niniejszej publikacyi, w należytem postawiłem świetle tak nowy przyrząd „Berolina", jak i przyrząd Flüggego i mogę twierdzić, że gdyby kol. Pisarski choć trochę przed ogłoszeniem swej publikacyi zechciał był zoryentować się w piśmiennictwie tego przedmiotu poza publikacyą Proskauera i Elsnera, nie byłby w tym stopniu zależnym od nich w swym sądzie, jak to w pracy swej uwydatnił.

Ten brak znajomości piśmiennictwa o odkażaniu ujawnił kol. Pisarski, jak to zauważyć można z protokołów jego doświadczeń, również i w zastosowanej przez siebie metodyce badania wartości dezynfekcyjnej przyrządu „Berolina". Zarzut mój odnosi się w pierwszej linii do użycia przez kol. Pisarskiego materyału zakaźnego do prób, bez poprzedniego określenia jego siły odpornej wobec znanych środków odkażających, przeciwnie, jak to zalecał Esmarch[16]), a szczególnie C. Fränkel[17]); zarzut drugi odnosi się do wypłókiwania resztek zawartego w zakaźnych nitkach formal-

[15]) Klinisches Jahrbuch, 1900.

[16]) Zeitschrift f. Hygiene. Bd V.

[17]) Zeitschrift f. Hygiene, Bd VI.

dehydu wodą, zamiast zobojętnienia go na drodze chemicznej roztworem amoniaku, na którą to manipulacyę tak silny nacisk się kładzie od czasu pracy Schumburga[18]). Dla wyjaśnienia istoty zarzutów moich tym, którzy nie mieli sposobności zapoznać się z metodyką badania środków odkażających, zaznaczyć pragnę co do punktu pierwszego, że wobec rozmaitej odporności ras czy odmian tego samego gatunku bakteryi, nie jest obojętnem dla wyników dezynfekcyi, jakiego materyału i o jakiej odporności pierwotnej użyjemy do doświadczeń i że nie trudno osiągnąć dezynfekcyę, używając nawet zarodnikujących form bakteryi o słabej odporności; zaś co do zarzutu drugiego zaznaczyć muszę, że od dokładnego chemicznego zobojętnienia formaldehydu zależy bardzo wybitnie wynik doświadczeń z tym związkiem chemicznym, którego resztki, pozostające w nitkach, zawierających przeznaczone dla odkażenia bakterye, wystarczą by wstrzymać w pożywkach rozwój bakteryi osłabionych działaniem środka dezynfekcyjnego. Wprawdzie konieczność dokładnego zobojętnienia chemicznego formaldehydu uwydatnia się szczególnie przy użyciu hodowli o podłożach stałych, żelatynie, agarze i surowicy; mniej przy płynnych, w bulionie, którego użył kol. Pisarski w swoich doświadczeniach, nie mniej jednak nie odpada zarzut co do zaniechania manipulacyi zobojętnienia aldehydu amoniakiem, gdyż jako materyału do nalepiania na nim bakteryi użył kol. Pisarski jedwabiu, chłonącego gazy dosyć obficie, a nie o wiele racyonalniejszych dla danego przypadku pereł szklanych lub granatków, z których łatwo wypłókać lub zobojętnić resztki formaldehydu.

W zamiarze pisania niniejszego artykułu nie kierowała mną zcza chęć polemiki z kol. Pisarskim, ale, obok obrony wartości praktycznej ugruntowanej licznemi doświadczeniami umiejętnie stosowanej dezynfekcyi formalinowej którymkolwiek z przyrządów do celu tego polecanych Krehl Elba, Flüggego, Prausnitza, czy nowszej odmiany Aeskulapa (Scheringowskiego), chęć i obowiązek obrony przyrządu Flüggego tak mocno i niesprawiedliwie zaczepionego szczególnie w artykule autorów niemieckich, za którymi poszedł kol. Pisarski. Dezynfekcya przyrządem tym w przekonaniu mojem, popartem doświadczeniem, czyni zadość wymaganiom higieny co do dezynfekcyi mieszkania w chorobach, w których najczęściej jest ona potrzebną. Ruszyła się też dezynfekcyjna czynność wyraźniej w naszym kraju, zwłaszcza od chwili, gdy obok publikacyi w tym kierunku udało się przyrząd ten wyrabiać u siebie po cenie znacznie niższej od zagranicznej, a w wykonaniu, przynajmniej krakowskiem, znacznie trwalszem od zagranicznego. Nie uzasadniony, jak wyżej wykazano, atak na wartość praktyczną tego przyrządu, uważałem nie tylko za napaść na samą zasadę dezynfekcyi formalinowej, mniejszemi ilościami formaldehydu, ale i za chęć osłabienia tego zaufania, jakie wogóle dla dezynfekcyi mieszkań w ostatnich latach, tak wśród lekarzy jak i publiczności, zaczyna się u nas pojawiać i rozszerzać, chyba nie ze szkodą dla zdrowotności ogólnej, w części zaś i za atak na wyrób krajowy. Zapobieżenie szkodom, które z nieopatrznej krytyki przyrządu Flüggego wyniknąćby mogły wogóle w kraju dla sprawy dezynfekcyi po chorobach zakaźnych, — oto dalsza i główna pobudka do niniejszego artykułu.

Użycie tego lub owego przyrządu z odpowiednią ilością formaliny, wody i alkoholu nie załatwia jeszcze sprawy racyonalnej i umiejętnej dezynfekcyi mieszkania, o ile według choroby i w miarę okoliczności nie uzupełni się dezynfekcyi formalinowej zastosowaniem także i innych środków odkażających do poszczególnych części mieszkania. Doświadczenie Mayera i Wolperta wskazały nam czynniki sprzyjające dezynfekcyi formalinowej mieszkania. Umiejętność oryentowania się w warunkach mieszkania, wywiady co do zachowania się chorego w czasie choroby ze względu na sposób i zakres rozsiania zarazków, osiągnięte z rozmowy z lekarzem ordynującym i od otoczenia chorego, wyzyskanie okoliczności sprzyjających dezynfekcyi mieszkania, oto czynniki rozstrzygające o racyonalnem i umiejętnem przeprowadzeniu dezynfekcyi. Znajomość ich równie jest ważną dla lekarza, który ma zarządzić, ocenić lub pokierować dezynfekcyą, jak i dla tego, który ją ma wykonać. W ostatnich 2 latach dzięki ruchliwości Dra Legieżyńskiego fizyka miejskiego we Lwowie sprawa obznajomienia się z istotą i techniką dezynfekcyi mieszkań wśród służby miejskiej i żandarmeryi, oraz osób prywatnych, na specyalnych, w tym celu urządzonych kursach, znacznie w kraju zyskała; ile w tym kierunku zachodzi braków wśród lekarzy zarządzających i oceniających bardzo często dezynfekcyę z racyi swego stanowiska urzędowego, uchyla się to z pod mojej oceny. Sądzę jednak, że, tak zasadnicze omówienie sposobów racyonalnej dezynfekcyi mieszkania nie będzie dla lekarzy niepożądanem, jak również zwrócenie uwagi na niejedne czynniki w sposobie wykształcenia służby dezynfekcyjnej, nada silniejszą podstawę sprawie gruntowniejszego wykształcenia tego rodzaju służby. Oto materyał do następnego artykułu w tej praktycznie nie mało ważnej sprawie.

[18]) Deutsche med. Wochenschr., 1898.

***

II. Niedokrwistość złośliwa postępująca. *Anaemia perniciosa progressiva, anaemia Biermeri.*

Wyjątek z rękopisu dodatkowego zeszytu dzieła „Nauka o chorobach wewnętrznych", wydawanego przez prof. W. Jaworskiego.

Napisali

Prof. Edward Korczyński i **Dr. Stanisław Szurek**,
Dyrektor kliniki lek. U. J. Asystent kliniki.

(Dokończenie.)

Obraz krwi. Niedokrwistość złośliwa postępująca jako zwyrodnienie krwi musi, rzecz oczywista, we krwi wywoływać zmiany najcięższe. Krew jest w tej chorobie płynna, wodnista, mało krzepliwa; barwa jej bardzo blada, zasem szara lub bursztynowo-żółta; ciężar właściwy jest nizki, często poniżej 1·030, a sucha pozostałość obniża się do 10% lub jeszcze więcej; ilość białka we krwi spada do 1/3 ilości prawidłowej.

Zmniejszenie się ilości krwinek czerwonych jest tak znaczne, jak w żadnej innej chorobie; średnio zawiera 1 mm³ około 1 miliona krwinek czerwonych, nierzadko mniej (Biegański 360.000); najniższą liczbę (143.000) krwinek czerw. spostrzegał Quincke. Własność układania się w rulony tracą krwinki prawie zupełnie. Odsetkowa ilość Hb spada również

bardzo. Pomiędzy liczbą krwinek czerwonych, a ilością Hb brak jednak prawidłowego stosunku, na co zwrócił uwagę pierwszy Hayem i Laache t. j. odsetkowa ilość Hb jest w stosunku do liczby krwinek czerwonych zwiększona, czyli istnieje tak zw. względny nadmiar barwika (*hyperchromaemia*), to znaczy każde pojedyncze ciałko czerwone zawiera stosunkowo więcej Hb. Ten niestosunek między ilością krwinek a Hb odrzuca jednakowoż Grawitz, jako sztucznie i to stąd powstały, że przy liczeniu krwinek, licznych w tej chorobie postaci karłowatych krwinek czerwonych nie zalicza się do erytrocytów, jakkolwiek i one zawierają Hb, skutkiem czego ilość Hb musi oczywiście wypadać wyższą. Temu jednak przeczy już choćby ta okoliczność, że w obrazie drobnowidowym nierzadko spotyka się krwinki ciemniejsze, silniej od prawidłowych hemogloblną zabarwione.

Co do postaci, to dostrzega się wśród krwinek czerwonych makro- i mikrocyty, dalej znamienne wytwory zwyrodnienia, jak poikilocyty o postaciach najdziwaczniejszych aż do drobnych okruchów, tak zw. postaci skarłowaciałych krwinek czerwonych, nadto komórki wielobarwliwe (polichromatofilne) i ziarnisto zwyrodniałe; poikilocyty okazują często wybitną ruchomość jako wynik kurczliwości ich protoplazmy. Obok postaci zwyrodniałych, zależnie od stanu szpiku i jego czynnościowej sprawności, spotykamy więcej lub mniej liczne ciałka krwi jądrzaste, normoblasty i megaloblasty. Normoblasty pojawiają się czasem we krwi krążącej w ogromnej ilości, zjawisko, które uważać należy za pomyślną oznakę; czasem są one znów nieliczne, a może ich i zupełnie brakować. Megaloblasty, znalezione właśnie poraz pierwszy w tej chorobie przez Ehrlicha, długi czas uchodziły za jej cechę znamienną tak, że wedle Ehrlicha bez megaloblastów nie można było rozpoznawać niedokrwistości złośliwej postępującej; z biegiem czasu straciły to znaczenie, skoro przekonano się, że dość liczne przypadki niedokrwistości złośliwej postępującej mogą przebiegać bez lub ze skąpą ich ilością, a powtóre, ponieważ spotykano je czasami i w innych rodzajach niedokrwistości. Obecność megaloblastów jest wedle Grawitza tylko oznaką, że niedokrwistość jest ciężka, nie jest zaś cechą znamienną pewnej jej postaci. Jedynie obfitość i stałość, z jaką pojawiają się w pewnym przypadku, rozstrzyga o złośliwej przyrodzie niedokrwistości (Leube). Ilość krwinek białych jest zwykle na szczycie choroby zmniejszoną (*hypoleukocytosis*; nagle powstające znaczne leukocytozy zwykły wyprzedzać poprawę krwi i stanu ogólnego i noszą nazwę przełomów („*Blutkrisis*“ Noordena). W wyjątkowo rzadkich przypadkach leukocytoza może być wstępem do przejścia niedokrwistości złośliwej postępującej w białaczkę (przypadek Littena).

Co do postaci ciałek białych to nierzadka jest stosunkowa przewaga limfocytów na niekorzyść komórek neutrofilnych tak, że stosunek obu tych gatunków leukocytów zamiast prawidłowego 3:1, wynosi 1:1 lub jeszcze więcej. Ta względna limfocytoza może mieć nawet pod względem rozpoznawczym duże znaczenie, ponieważ w innych niedokrwistościach, najwybitniej zaś w niedokrwistości w toku raka, spotykamy w ogólności stosunkowe zwiększenie się ilości wielojądrzastych w przeciwieństwie do limfocytów (Strauss i Rohnstein).

Płytki krwi co do ilości zachowują się zmiennie. Surowica krwi ma stosunkowo obfitować w białko w przeciwieństwie do niedokrwistości w następstwie raka, posocznicy i t. d., gdzie surowica bywa wybitnie wodnistą (Grawitz).

Bilirubinemię stwierdził tutaj pierwszy Syllaba.

Właściwości i przebieg. Choroba nagabuje przedewszystkiem osoby dorosłe, najczęściej między 30—40 r. ż., częściej kobiety, niż mężczyzn; nie jest jednak obcą i wiekowi dziecięcemu (Demme). W pewnych okolicach, jak w Szwajcaryi, z zwłaszcza w okolicach Zurichu, w krajach skandynawskich, zdaje się być częstszą; podobnież w dużych miastach. Wśród warstw uboższych częściej spostrzegano jej przypadki, niż w warstwach zamożnych. Stosunki dziedziczności z wyjątkiem pewnej wrodzonej, czy wcześnie nabytej osobniczej skłonności, nie mają, jak się zdaje, ważniejszego znaczenia. Choroba zakrada się do ustroju zazwyczaj powoli, chyłkiem, zwykle bez żadnej widocznej przyczyny i dlatego początek jej trudno oznaczyć. Przebieg bywa powolny, ale ciągle postępujący, czasem przerywany, to znaczy choroba na czas pewien zatrzymuje się i nie postępuje dalej. W większości jednak przypadków postęp choroby powraca, a jej ostatecznem zejściem jest śmierć w głębokiej śpiączce lub wśród stale postępującego upadku sił. Ten przebieg nie jest atoli prawidłem. Poprawa, niestety nie na długo, może nastąpić w każdym okresie choroby, a tej poprawie towarzyszy zadziwiająco nieraz szybka odnowa krwi. I wyleczenie nie jest wyłączone, a to wyleczenie może być jużto stanowcze, jużto tylko pozorne, to znaczy choroba później powraca. Zwłaszcza w ostatnich czasach ilość spostrzeganych wyleczeń wzrosła z pogłębieniem wiadomości o etyologii i leczeniu tej choroby. Przy przebiegu przewlekłym nie trwa choroba dłużej, jak kilka lat; trafiają się atoli przypadki o przebiegu ostrym lub podostrym, które wkrótce śmiercią się kończą.

Rozpoznanie. Klinicysta rozpoznaje niedokrwistość złośliwą postępującą, a uzupełnia rozpoznanie lub potwierdza dopiero anatom-patolog. Zanim atoli klinicysta zdoła rozpoznać niedokrwistość złośliwą postępującą pierwotną, iść musi często drogą i trudną i żmudną i nie zawsze uniknie grubych nawet pomyłek. W początku cierpienia obraz tak kliniczny, jak i obraz krwi, niczem się nie różnią od jakiejkolwiek innej lżejszej niedokrwistości i dlatego wtedy nie jest w naszej mocy powiedzieć, że ta niedokrwistość będzie niedokrwistością złośliwą postępującą. Dopiero postępujący charakter tej sprawy budzi podejrzenie właściwej jej istoty. Jednak nawet wtedy, kiedy już rozwinie się znamienny obraz kliniczny niedokrwistości Biermera i skreślony powyżej obraz krwi, nie wolno nam jeszcze rozpoznawać niedokrwistości złośl. postęp. prawdziwej. Ażeby ją rozpoznać, musimy przez szczegółowe badanie kliniczne i dokładne wywiady po wyłączeniu wszelkich wtórorzędnych niedokrwistości, a jest ich sporo, wyłączyć przedewszystkiem całą gromadę tak zw. niedokrwistości złośliwych rzekomych. Badanie więc stolców na czerwie albo ich jaja musi dać wynik ujemny, badanie żołądka wyłączyć obecność nowotworu, np. raka, wywiady — przebytą kiłę, badanie kośćca — sprawy chorobowe albo nowotwory szpiku, badanie ogólne i bakteryologiczne krwi — posocznicę i t. d. Rzecz oczywista, że badanie to, choćby najwszechstronniejsze, mimo to nieraz

i bardzo doświadczonego zawodzi i już nieraz zawiodło. Obecność megaloblastów wbrew zdaniu Ehrlicha nie dowodzi niedokrwistości złośliwej postępującej; przemawia tylko do pewnego stopnia za nią. Za niedokrwistością złośliwą, pierwotną, przemawiać będzie przedewszystkiem przebieg i ujemny wynik klinicznego badania, dalej typowe wyglądanie i obrzęki, wybroczyny, krwotoczne zapalenie siatkówki, stany podgorączkowe, we krwi zaś spadek liczby krwinek czerwonych poniżej 20% t. j. 1 miliona, wskaźnik barwikowy = 1 lub większy od 1, obfitość megalocytów (nad 50%, Ehrlich), stała obecność megaloblastów i leukopenia. Największe trudności sprawia wyłączenie nowotworów złośliwych, a w szczególności raków ukrytych, ponieważ one wywoływać mogą obraz chorobowy, łudząco podobny. Zamiana z innemi chorobami nie jest już tak łatwa i częsta.

Rokowanie. Wobec postępującego przebiegu tego zwyrodnienia krwi rokowanie będzie oczywiście bardzo wątpliwe; obecnie cokolwiek lepsze, dawniej całkiem niepomyślne, ponieważ prawie każdy przypadek kończył się śmiercią. Rokowanie to w ostatnich czasach stało się cokolwiek lepsze głównie u chorych, leczonych w zakładach. Z wyjątkiem beznadziejnych przypadków nie powinno się nigdy rokować na podstawie jednorazowego badania, ale zawsze na podstawie dłuższego spostrzegania, a w rokowaniu trzeba uwzględnić nietylko obraz krwi, ale i stan ogólny chorego, jego łaknienie, ilość spożywanych pokarmów, stan przewodu pokarmowego i serca, ilość i zachowanie się moczu. Za pomyślną oznakę uważamy pojawienie się we krwi licznych normoblastów i leukocytozy, za niepomyślną brak normoblastów i leukopenię.

Leczenie. Niedokrwistość złośliwa rzekoma ustępuje nieraz zadziwiająco szybko, jeżeli się wykryje i usunie przyczynę, o ile to oczywiście możliwe. Dlatego też, jeżeli w stolcach wykryjemy czerwie albo ich jaja, wskazanem będzie leczenie czerwiogubne. Gdzie nowotwór jest przyczyną niedokrwistości złośliwej, tam dążyć trzeba do tego, by go doszczętnie usunąć zapomocą operacyi. Jeżeli kiła jest przypuszczalną lub wykazalną podstawą, wtedy uzyskać można poważny wynik ostrożnem leczeniem przeciwkiłowem.

I w niedokrwistości złośliwej prawdziwej uwzględnienie etyologii jest w leczeniu koniecznym warunkiem powodzenia. Staranne uwzględnienie wszelkich wpływów szkodliwych, które mogły ją wywołać, a więc zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, przewlekłych krwotoków, zatruć, ciąży wielokrotnych, karmienia dzieci, niehigienicznego życia i t. d. jest warunkiem głównym należytego leczenia. W praktyce rzecz ta natrafia oczywiście na wielkie trudności i dlatego należyte leczenie jest możliwe tylko w zakładach zamkniętych. Chorego takiego kładzie się do łóżka i zaleca mu się zupełny spokój conajmniej przez kilka tygodni, stara się o obfity dopływ świeżego powietrza i reguluje się dyetę, która składać się powinna z pokarmów lekko strawnych i posilnych, często, a w małych ilościach podawanych.

Odżywcze lawatywy są często u takich chorych bardzo pomocne. Z leków podajemy przy braku HCl środki gorzkie, odwar kory chinowej, kwas solny rozcieńczony, naturalny sok żołądkowy „Gasterine" (3 łyżeczki dziennie), a ze środków wpływających na poprawę mieszaniny krwi przedewszystkiem arsen, który jest naszym najdzielniejszym środkiem w tej chorobie, wewnętrznie, a jeszcze lepiej podskórnie. W tym celu wedle rady Ziemssena rozpuszczamy 1 gm czystego kwasu arsenawego w 5 c³ normalnego ługu sodowego przez zagotowanie, dopełniamy wodą przekroploną do 100 c³ i następnie sączymy; z roztworu tego początkowo wstrzykujemy $^1/_{10}$ c³ (= 1 mg *ac. arsenicosi*), stopniując powoli aż do 1 c³. Z przetworów gotowych wstrzykujemy *sol. arsen. Pearsoni*, z organicznych zaś związków arsenu *arsycodile* Leprincea, *néoarsycodile*, *cacodylat de soude* Clina, arrhénal, atoxyl i t. d. Żelaza nie polecamy, ponieważ skuteczność jego w tej chorobie jest bardzo wątpliwa; jedynie w okresach zdrowienia możnaby próbować łatwo strawnych organicznych związków żelaza. Francuzi zachwalają w tej chorobie wdychiwania tlenu. Nadto zmiana klimatu, pobyt nad morzem, w południowych okolicach, w lecie w górach, może wesprzeć skutecznie nasze lecznicze zabiegi.

W okresach daleko posuniętych stosujemy środki skrzepiające (*analeptica*), podskórne lub śródżylne wstrzykiwania krwi wedle Ziemssena, przetaczanie krwi (Quincke, Ewald). W miarę poprawy przechodzi się do dyety trudniej strawnej, zaleca się miesienie, kąpiele, gimnastykę i t. d. Po całkowitem nawet wyzdrowieniu powinien chory pozostawać jeszcze czas dłuższy w ciągłej opiece lekarskiej, a ta opieka ma polegać na starannem usuwaniu tych wszystkich wpływów szkodliwych, które niedokrwistość wywołać mogły; krew bowiem chorych takich jest zawsze *punctum minoris resistentiae* i dlatego przy powrocie w warunki dawniejsze może nawrót odrazu nastąpić.

Grawitz w tak zw. jelitowej postaci niedokrwistości złośliwej postępującej, która wedle niego ma być najczęstszą, zaleca dyetę roślinną, lawatywy odżywcze i doradza bardzo zalecane przez Sandoza przepłukiwania żołądka i jelit letnim roztworem soli kuchennej. Takie przepłukiwania jelit wykonywa się zapomocą daleko wsuniętego miękkiego cewnika jelitowego, początkowo raz na dzień, później rzadziej, dopóki objawy zatrucia jelitowego nie ustąpią; równocześnie celem wzmocnienia ich działania podaje Grawitz wewnętrznie tak zwane środki przeciwgnilne jelitowe, jak mentol, kreozot, resaldol, salol i t. d., nadto poleca pić w dużej ilości limonadę cytrynową. Do środków zaś, wpływających na krew, przechodzi dopiero po 2—3 tygodniach tego leczenia, kiedy podmiotowy stan chorego jest już lepszy, waga zaczyna wzrastać, ilość moczu zwiększa się, ilość indykanu zaś spada.

III. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Zestawienie wszystkich przypadków róży z ostatnich lat dziesięciu, leczonej w oddziałach skórnych, oraz uwagi ogólne i lecznicze, na tem zestawieniu oparte.

Podał
Dr. J. Krzyszkowski
prymaryusz oddziału.

(Dokończenie.)

Kobiet zapada znacznie więcej na różę, niż mężczyzn. Kobiet leczono 555, czyli 14·6%, — mężczyzn 240, czyli 5·4%.

Ten sam fakt powtarza się i w przypadkach, powstałych w samym szpitalu. Następnie z tej samej rubryki widzimy, że z oddziałów szpitalnych najwięcej róży dostarczył oddział kobiecy oczny (79), potem kobiecy chirurgiczny (27) Liczby otrzymane z innych oddziałów nie są miarodajne, gdyż mieszczą się w nich także przypadki nieraz mylnie — z powodu gorączki lub bredzenia na nie przyjęte. Również zaznaczyć wypada, że w protokołach z lat dziesięciu znalazłem tylko dwa przypadki róży, powstałej w oddziale skórnym męskim, a trzy w oddziale skórnym kobiecym.

Co do umiejscowienia, to przeważna większość wszystkich zasłabnięć, tak u kobiet, jak i u mężczyzn, dotyczy twarzy i głowy. Róża kończyn jest rzadsza, ale i tu kobiety znacznie przeważają, bo podczas gdy u mężczyzn mieliśmy przypadków zajęcia kończyn 9, czyli 3·7%, to u kobiet było ich aż 105, czyli 18·9%. Zajęcie tułowia zauważyliśmy u mężczyzn 19 razy, czyli 7·9%, — u kobiet 24 razy, czyli 4·3%; zajęcie, to raz tylko z róży kończyny górnej powstałe, było zawsze następstwem róży wędrującej z twarzy i głowy; ponadto mieliśmy dwa przypadki róży sutka u kobiet, oba ciężkie, a jeden przypadek róży moszen; ten był śmiertelny. Róża z umiejscowieniem na kończynach, jako skłonna do przejścia w ropowicę, była zawsze cięższa. Bliższe zaś rozmieszczenie tych przypadków przedstawia się w następujący sposób: u mężczyzn na 9 przypadków była zajęta kończyna górna 2 razy, dolna 7 razy; u kobiet zaś na 105 przypadków mieliśmy zajętą kończynę górną 3 razy, dolną 102 razy; a z tego znów były zajęte: podudzie 79 razy, stopa 12, udo 9, okolice kolan 2 razy. — Do tych wszystkich przypadków przyłączyły się powikłania chirurgiczne, u mężczyzn 19 razy czyli 7·9%, u kobiet 33 razy czyli 5·9% Zarazem muszę zaznaczyć, że u mężczyzn mieliśmy kilka razy ropnie na twarzy, głowie i brodzie, podczas gdy u kobiet wystąpiły one tylko na kończynach dolnych.

Przypadków z zejściem śmiertelnem było u mężczyzn 10, czyli 4·1%, u kobiet 20, czyli 3·6%. Ta rubryka ma znaczenie tylko dla śmiertelności wogóle; wniosków co do leczenia z niej wysnuwać nie można. Przekonać się o tem możemy, przeglądając poniżej załączone, szczegółowe zestawienie wszystkich przypadków śmiertelnych w obu oddziałach.

Mężczyźni:

Lat *60. Erysip. faciei gravis. Sepsis.*
„ *24. Erysip. migrans gravis. Indiv. scroph. Oedema epiglottidis.*
„ *41. Erysip. gravissimum — Vitium cordis.*
„ *46. Erysip. capitis. Sarcoma inoperabile maxillae.*
„ *45. Erysip. capitis. Tuberc. pulm. Cachexia — Sepsis.*
„ *64. Erysip. crurum. Marasmus senilis. Tbc. intestinorum.*
„ *65. Erysip. migrans. Marasmus senilis. Pyaemia.*
„ *76. Erysip. migrans. Pneumonia crouposa.*
„ *52. Erysip. scroti. Cirrhosis hepatis. Hydrops anasarca. Sepsis. In agonia.*
„ *30. Erysip. migrans. Alkoholismus.*

Kobiety:

Lat *30. Erysip. faciei gravis — Sepsis.*
„ *43. Erysip. faciei et capitis — Sepsis.*
„ *67. Erysip. faciei, trunci migrans — Sepsis.*
„ *56. Erysip. femoris — nephritis chronica — Hydrops anasarca.*
„ *25. Erysip. cruris — Pneumonia purulenta.*
„ *78. Erysip. cruris — Marasmus. In agonia.*
„ *38. Erysip. cruris phlegmonosum — Pyaemia.*
„ *70. Erysip. faciei — Marasmus senilis.*
„ *37. Erysip. faciei. Pneumonia lobularis — Sepsis.*
„ *80. Erysip. frontis — Marasmus senilis.*
„ *30. Erysip. faciei. Ulcera laryngis et pharyngis post phlegmonem.*
„ *55. Erysip. faciei — Cirrhosis hepatis. In agonia.*
„ *40. Erysip. faciei — Vitium cordis. In agonia.*
„ *68. Erysip. migrans — Marasmus senilis, Sepsis.*
„ *70. Erysip. faciei. Myocarditis. In agonia.*
„ *72. Erysip. cruris phlegmonosum. Marasmus.*
„ *77. Erysip. faciei migrans trunci. Pyaemia.*
„ *18. Erysip. faciei. Tbc. pulm., hepatis et intestinorum.*
„ *40. Erysip. migrans trunci. Phlegmone laryngis — Oedema epiglottidis.*
„ *60. Erysip. faciei. Atheromatosis universalis. Decubitus. Sepsis.*

Z zestawienia powyższego widzimy, że niektóre przypadki, jako przyjęte już podczas konania nie były całkiem leczone. Z leczonych przypadków kończyły się niepomyślnie przeważnie te, w których czy to z powodu podeszłego wieku, czy to z powodu innych wad nabytych, każde najlżejsze zakażenie wziąć mogło niepomyślny obrót; pozostała zaś reszta jest zbyt małą, aby można było z niej wyciągać krytyczny wniosek.

Leczenie wszystkich przypadków trwało przeciętnie u mężczyzn 9·79 dnia, u kobiet 12·32 dnia; a przypadków niepowikłanych u mężczyzn 8·94 dnia, u kobiet 11·62 dnia. Ten mały wpływ powikłań na przeciętną dni leczenia jest pozorny, a wywołany krótkim pobytem chorych w oddziale, przenoszonych później na inne oddziały. Leczenie kobiet trwało przeciętnie o dwa i pół dnia dłużej, niżeli leczenie mężczyzn.

S t r e s z c z a j ą c t o w s z y s t k o w i d z i m y, ż e p r z e s z ł o d w a r a z y w i ę c e j k o b i e t z a p a d a n a r ó ż ę, a n i ż e l i m ę ż c z y z n; ż e u k o b i e t s p o t y k a m y z n a c z n i e c z ę ś c i e j r ó ż ę k o ń c z y n, a t e m s a m e m m a m y u n i c h d o c z y n i e n i a z l i c z n i e j s z y m i p r z y p a d k a m i, o k a z u j ą c y m i s k ł o n n o ś ć d o r o p i e n i a. U m ę ż c z y z n m i e l i ś m y w i ę c e j p r z y p a d k ó w r ó ż y w ę d r u j ą c e j, w i ę c e j p o w i k ł a ń c h i r u r g i c z n y c h, w i ę c e j p r z y p a d k ó w ś m i e r c i; a n a t o m i a s t l e c z e n i e r ó ż y u m ę ż c z y z n t r w a ł o p r z e c i ę t n i e k r ó c e j, a n i ż e l i u k o b i e t. R ó ż n i c e t e n i e s ą w i e l k i e, — s t a n o w i ą 2—3% l u b 2—3 d n i.

Wyniki, otrzymane odmiennemi metodami leczenia, są dobre i do siebie zbliżone. Świadczą one, że w obu oddziałach leczono bardzo starannie i że żadna z metod *a limine* nie jest do odrzucenia. Różnice, otrzymane obydwoma metodami, są tak małe, że mogą być prawie sprowadzone do roli przypadku; ale ponieważ są i ponieważ w założeniu zaznaczyłem, że w leczeniu szpitalnem chodzi nam oprócz dobroci i szybkości, o taniość i poręczność, przeto pozwolę sobie jeszcze na krótkie omówienie obu metod i na wyrażenie mych zapatrywań na nie, względnie na leczenie róży wogóle.

Za podstawę do mych obliczeń użyłem przeciętnej z dni pobytu chorych i częstości występujących powikłań. Otóż przedewszystkiem nasuwa się pytanie, czy pewna metoda w leczeniu róży może wpłynąć na czas trwania leczenia? Odpowiedź na to dają nam tablice. U mężczyzn, u których stosowano ciągle jedną tylko metodę, przeciętne liczby, otrzymane z każdego roku, są prawie jednakowe; natomiast u kobiet, gdzie okresowo stosowano różne sposoby, różnice te, — zależnie od stosowanych metod, — są znaczniejsze. Na tej więc podstawie wpływ metody stosowanej na liczbę dni leczenia nie da się zaprzeczyć. Skoro raz uznamy tę

wzajemną zależność za istniejącą, to z kolei rzeczy nasuwa się pytanie, czy dłuższe leczenie kobiet należy poczytać na niekorzyść metody stosowanej w tym oddziale, czy też złożyć na karb innych ubocznych względów.

Leczenie lokalne róży głowy u kobiet z powodu bujnego porostu włosów napotyka na wielkie trudności. Podczas gdy u mężczyzn w każdym przypadku róży głowy pozwalamy sobie na krótkie strzyżenie włosów, u kobiet nie stosuje się tego prawie nigdy; niema więc mowy o użyciu jakichkolwiek środków, wpływających ujemnie na rozwój drobnoustrojów, a nawet stosowanie zwykłego leczenia przeciwzapalnego nie jest zbyt dokładne Dłuższe więc o parę dni leczenie kobiet mogło być tedy zależnem nietyle od stosowanej metody, ile od samego „ja“ kobiety; to też ta niewielka różnica przeciętnej z dni leczenia nie powinna być braną w rachubę przy ocenianiu dobroci stosowanej metody.

Inaczej rzecz się ma z częstością powikłań.

U mężczyzn mieliśmy o 2% więcej powikłań chirurgicznych, niż u kobiet, jakkolwiek u tych ostatnich z powodu znacznie częstszych przypadków róży kończyn należałoby się spodziewać ich częściej. Nie chcąc faktu tego uważać za przypadek i nie znajdując innego wytłómaczenia, musimy odnieść go do mechanicznego działania wcierań w otoczenie.

Rozlokowanie drobnoustrojów przy róży w głębi skóry i tkanki podskórnej może się znajdować nieraz na większej przestrzeni, niż na to wskazuje zewnętrzne odgraniczenie. Nacieranie więc otoczenia pozornie zdrowego, choćby najsubtelniej przeprowadzone, może z jednej strony skutkiem mechanicznego uszkodzenia ścian naczyń chłonnych dać powód do wystąpienia ropni, które też w siedmiu przypadkach wystąpiły u mężczyzn na nosie, powiekach, brodzie i głowie, a których u kobiet nie spotykałem ani razu; z drugiej strony mięsienie może przyczynić się do dalszego szerzenia się róży, do wystąpienia róży wędrującej, którą też o 3% częściej spotykamy u mężczyzn, aniżeli u kobiet.

Pozostaje jeszcze do omówienia taniość i poręczność metod leczenia.

Częste zmywanie alkoholem miejsc zajętych różą nie jest tanie; a ponieważ nie może ono, jako powierzchowne wpłynąć ujemnie na rozwój drobnoustrojów w skórze i tkance podskórnej, przeto uważam je za zbyteczne. Jest ono zarazem tak, jak wcieranie maści antyseptycznych w otoczenie, nieporęczne, wymaga bowiem obecności lekarza albo zaufanego i sprytnego pomocnika. Pendzlowanie mieszanką ichtyolowo-kreolinowo-kolodyonową, jakkolwiek nie może działać hamująco na rozwój drobnoustrojów w skórze, to jednak wpływa dodatnio na przebieg leczenia róży, działając przyspieszająco na ustępowanie obrzęku i następowego zasinienia skóry. Jest niedrażniące, niebolesne, tanie i bardzo poręczne; da się wygodnie zastosować nawet na twarzy. Ujemną stroną tego pendzlowania jest tylko zaciemnienie pola obserwacyjnego i konieczna strata czasu, potrzebna na usunięcie wytworzonej skorupy przed wypuszczeniem chorego.

Z kolei rzeczy poświęcę parę słów stosowaniu okładów lodowych i okładów z płynów lekko ściągających. Ponieważ nie możemy liczyć na to, aby octan glinowy wnikał w głąb skóry i aby działał hamująco na rozwój drobnoustrojów, przeto nie możemy okładom z płynu Burowa przypisywać swoistego działania na różę. Działanie ściągające tego płynu ogranicza się tylko do powierzchownych warstw naskórka i jest rzeczywiście dobre przy róży pęcherzykowej *(erysipelas vesiculosum et bullosum)*. Przy zwykłych różach, a zwłaszcza na miejscach popendzlowanych kolodyonem, płyn Burowa może być z równym skutkiem zastąpiony okładami lodowymi. Zimne okłady (lodowe) jako takie koją ból, działają hamująco na rozwój drobnoustrojów i są nieocenione przy róży twarzy, a zwłaszcza róży głowy, gdzie zwykle przychodzi do podrażnienia opon mózgowych.

Opierając się więc na powyższych zestawieniach wyników dotychczasowego leczenia i na patologii róży uważam, że leczenie miejscowe róży powinno być o ile możności łagodne; wszelkie nacierania nietylko miejsc zajętych, lecz i ich otoczenia, są przeciwwskazane. Zmywanie alkoholem może być zaniechane, stosowanie wszelkich środków w formie pendzlowań jest nieszkodliwe, a specyalnie pendzlowanie ichtyol-kolodyonem działa dodatnio, przyspieszając ustępowanie obrzęku. Okłady z płynów lekko ściągających są uzasadnione przy formach róży pęcherzykowych i powinny być stosowane na skórze niczem nie popendzlowanej. Zimne okłady lodowe działają wogóle bardzo dobrze.

Przy stosowaniu zimnych okładów nasunęło mi się mimowoli pytanie, o ile są uzasadnione zapatrywania dawnych lekarzy, którzy, bądź co bądź, umieli dobrze spostrzegać, że róży nie należy „ani zamoczyć, ani przeziębić“. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że zimno zmniejsza miejscową leukocytozę, a ciepło ją zwiększa, i skoro wiemy, jak ważną rolę w walce organizmu z drobnoustrojami odgrywają leukocyty, — to mimowoli budzi się myśl, czy gorące i rozgrzewające okłady nie byłyby więcej wskazane w leczeniu róży, aniżeli zimne.

Powodując się tedy tem teoretycznem rozumowaniem, zacząłem — z dobrym wynikiem — stosować w przypadkach róży kończyn jużto same gorące słone okłady, jużto z równoczesnem, lokalnem zastosowaniem estrów jodowych *(jothion i resorbol)*.

Wyników tego leczenia, przeprowadzonego wprzód na większej liczbie przypadków, nie omieszkam ogłosić w przyszłości.

IV. Z kliniki laryngologicznej prof. Pieniążka w Krakowie.

Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny

Asystent kliniki.

(Dokończenie).

Lepsze już bywają wyniki leczenia zmian następowych, a mianowicie blizn. Blizny, o ile występują w postaci listew, przegradzających światło tchawicy i oskrzeli lub w postaci fałdów półksiężycowatych lub pierścieniowatych, dają rokowanie dobre. Usuwamy je przy pomocy tracheo- i broncho-

skopii górnej, podobnie jak blizny, wytworzone na tle twardzieli. Blizny tego rodzaju powstają albo po rozpadłych kilakach lub też po owrzodziałych naciekach, które zajmowały nieznaczną przestrzeń błony śluzowej tchawicy.

Nacieki rozlane, zajmujące tchawicę i oskrzela na większej przestrzeni, pozostawiają po sobie albo bliznę twardą, niepodatną, zajmującą na dłuższej przestrzeni tchawicę i oskrzela, albo też cały szereg czyto przyściennych promienistych blizn, czyto pojedynczych listewek, przecinających w różnych kierunkach światło tchawicy i oskrzeli. Ta ostatnia postać daje rokowanie dobre: zwężenie usunięte być może przy pomocy tracheo- i bronchoskopii górnej; inne postacie wymagają już tracheotomii i następowego rozszerzania przy tracheo- i bronchoskopii dolnej. Leczenie to z powodu rozległości blizn bywa żmudne i długie.

Przy naciekach rozlanych, zajmujących znaczną przestrzeń błony śluzowej tchawicy, a które, częściowo rozpadając się, wytwarzają ściągające blizny, leczenie jest trudne; ściągająca blizna wymaga rozszerzania, co znowu niekorzystnie wpływa tak na owrzodzenia, jak i na naciek. W przypadkach tych, szczególnie przy silniejszem zwężeniu, konieczna jest tracheotomia; założona rurka (kaniula) ułatwia oddech, a zarazem rozszerza blizny. Działanie zaś jej niekorzystne na owrzodzenia lub naciek wobec bezpośredniego niebezpieczeństwa, jakie wywołuje znaczniejsze zwężenie, schodzi na plan drugi Do rozszerzania blizn zapomocą tracheo- i bronchoskopii górnej przystępujemy dopiero wtedy, gdy przypuszczać możemy, iż obok blizn nie natrafimy na świeże nacieki. Nacieki, zarówno ograniczone, jak i rozlane, istniejące równocześnie z bliznami, stanowią przeciwwskazanie do tracheo- i bronchoskopii. Sposób usuwania zwężeń, wywołanych przez wytworzenie się listew pojedynczych, fałdów, półksiężycowato lub pierścieniowato obejmujących światło tchawicy, omówiłem już przy twardzieli; blizny przyścienne, zajmujące na dłuższej przestrzeni tchawicę, rozszerzamy przy tracheo i bronchoskopii górnej przeprowadzeniem tracheo- i bronchoskopu przez miejsce zwężone. Leczenie to będzie przeważnie długie, może nawet wieloletnie, niejednokrotnie jednak uwieńczone dobrym wynikiem

Pouczającym przykładem jest przypadek następujący: U kobiety 30 letniej w 4 lata po zakażeniu się kiłą powstały zmiany trzeciorzędne, a mianowicie kilak rozpadający się na tylnej ścianie gardła i zwężenie oskrzela prawego. Do rozszerzania oskrzela prawego przystąpiono dopiero po wygojeniu się wrzodu w gardle, w przypuszczeniu, iż równocześnie uległ także wessaniu naciek, zwężający oskrzele, pozostawiając bliznę. Przy tracheo- i bronchoskopii górnej stwierdzono: błona śluzowa dolnego odcinka tchawicy zaczerwieniona, obrzmiała; od strony prawej fałd półksiężycowaty zwężający światło tchawicy i pokrywający wejście do oskrzela prawego; fałd ten jest chrząstkowato twardy; oskrzele prawe widać w postaci małego, około 3 mm średnicy mierzącego otworu; klin podziałowy obrzmiały. Przez pierwsze 5 miesięcy rozszerzano oskrzele prawe przy pomocy tracheo- i bronchoskopii górnej. Z powodu nagłego pogorszenia się musieliśmy wykonać tracheotomię i rozpocząć leczenie zapomocą tracheo- i bronchoskopii dolnej. Obok zwężenia oskrzela prawego rozwinęło się także zwężenie lewego Jednego dnia stan był tak groźny, iż na sinej i nieprzytomnej już chorej przystąpić musiałem natychmiast do energicznego rozszerzania oskrzeli, szczególnie prawego. Zwężenie prawego oskrzela usunąłem łyżeczką ostrą, przerywając nią bliznę która zwężała światło,— szczypczykami, którymi usunąłem zwisające strzępy przerwanej blizny, wreszcie wprowadzeniem coraz grubszych bronchoskopów, zwężenie zaś oskrzela lewego zapomocą cewnika i bronchoskopu Wklaczającą się od strony prawej ku światłu tchawicy ostatnią chrząstkę tchawiczą usunąłem przy pomocy łyżeczki ostrej podwójnej (Doppelkürette) i ostrych szczypczyków. Następowe leczenie polegało na rozszerzaniu oskrzela prawego, częściowo zapomocą cewników, głównie atoli przez przeprowadzanie przez zwężone miejsce bronchoskopów.

W przypadku tym zmiany składały się częściowo z wytworzonych już blizn, częściowo ze świeżych nacieków. Obok pierścieniowatego bliznowatego zwężenia oskrzela prawego było wgniecenie ostatniego pierścienia tchawicy, będące skutkiem bliznowatego przeobrażenia nacieku okołotchawiczego. Obok tego powstał naciek, który zajmował prawdopodobnie gruczoł limfatyczny, usadowiony pod klinem podziałowym. Gruczoł ten podniósł ku górze zrazu klin podziałowy, później zaś i całe oskrzele lewe, wypychając jego dolną ścianę ku górze. Nigdy zresztą badanie w tracheo- i bronchoskopie nacieków ścian nie wykazało. Zwężenie oskrzela lewego wystąpiło dopiero podczas rozszerzania oskrzela prawego, w kilka dopiero miesięcy po wygojeniu się wrzodu w gardle.

Z innych przyczyn, wywołujących zwężenie tchawicy lub oskrzeli, wymienić należy p o w i ę k s z o n e g r u c z o ł y okołotchawicze i okołooskrzelowe. Przyczyną takiego powiększenia jest przeważnie gruźlica gruczołów, rzadziej sprawy zapalne, toczące się w ich otoczeniu.

Tracheo- i bronchoskopia górna pomoże nam niejednokrotnie zarówno rozpoznać przyrodę cierpienia, jak i wysnuć wskazówki do leczenia. I tak w jednym przypadku u chłopca 9-letniego dokładny obraz zwężenia, dostrzeżony przy tracheoskopii górnej, dopomógł nam napewno rozpoznać powiększenie gruczołu limfatycznego z następowem ugnieceniem tchawicy; zwężenie wywołane było tylko ograniczonem guzowatem wpukleniem ściany tylnej i lewej. Wskazówki co do leczenia może nam dać tracheo- i bronchoskopia górna pod tym względem, iż według wejrzenia błony śluzowej możemy rozstrzygnąć, czy wcześniej lub później zagraża przebicie, do czego dopomódz też może zbadanie miejsca wpukłonego przy pomocy zgłębnika. Przebicie do światła tchawicy zdarza się w toku gruźlicy gruczołów.

Jeżeli na podstawie badania zapomocą tracheo- i bronchoskopii górnej należy choćby tylko przypuszczać możliwość wczesnego już przebicia błony śluzowej, to wykonać powinniśmy tracheotomię. Po tracheotomii możemy przy tracheoskopii i bronchoskopii dolnej dokładniej spostrzegać przebieg choroby, a na wypadek nagłego przebicia zmniejsza się znacznie niebezpieczeństwo zatkania dróg oddechowych dostającemi się do dróg oddechowych masami serowatemi. Najczęściej przyczyną śmierci bywa ugrzęźnięcie tych mas w wązkiej dziecięcej krtani; rzadziej już masy takie zatykają, uwięznąwszy w dole tchawicy, równocześnie oba oskrzela. Po tracheotomii masy te może chory łatwo wykrztusić; jeżeli masy te zatkają oskrzela, wtedy dadzą się u chorych tracheotomowanych szybko usunąć przy tracheo- i bronchoskopii dolnej.

Znaczne zwężenie tchawicy wymaga tracheotomii z następowem przeprowadzeniem rurki elastycznej poza miejsce zwężone. Rurka odsuwa powiększony gruczoł. Przy obrzmieniach gruczołów przyrody zapalnej leczenie to, połączone równocześnie z ogólnem leczeniem wzmacniającem, sprawić może znakomity skutek. Ale nawet, jak sądzę, i przy zmianach gruźliczych zdoła leczenie miejscowe i ogólne spowodować niekiedy zmniejszenie się gruczołu, a nawet miejscowe wyleczenie przez wytworzenie się tkanki łącznej.

W takich przypadkach, w których na podstawie tra-

cheo- i bronchoskopii dolnej przypuścić możemy rychłe przebicie gruczołu do światła tchawicy lub oskrzeli, możemy odpowiedniemi zabiegami przebicie to przyspieszyć i postarać się o to, by przebicie to nastąpiło w naszych oczach w tracheoskopie. Dla otwarcia zmienionego gruczołu należałoby użyć ostrej łyżeczki; masy serowate można usuwać łyżeczką lub szczypczykami. Sposobu tego użyliśmy u jednej z naszych chorych, u której tak obraz tracheoskopowy, jak i cały przebieg choroby przemawiał za uciskiem tchawicy i oskrzela przez powiększony gruczoł limfatyczny. Kiedy już powierzchnia wpuklenia ściany tchawicy częściowo uległa obumarciu, usunęliśmy strzępki tkanki obumarłej ostrą łyżeczką, by przyspieszyć przebicie. Z powodu jednak mylnego rozpoznania doznaliśmy zawodu, był to bowiem tętniak, coprawda wrzekomy, którego ściany tworzył pakiet zrośniętych ze sobą i otoczonych torebką włóknistą gruczołów limfatycznych.

Sądzę, iż w przyszłości tracheo- i bronchoskopia, tak górna, jak i dolna, oddać nam mogą w tych przypadkach pewne usługi.

W ostatnim wreszcie czasie użyłem tracheoskopii górnej w przypadku następującym. U chłopca 4-letniego z wyraźnymi objawami krzywicy, z głową pochyloną ku stronie prawej, ze skrzywieniem bocznem kręgosłupa wklęsłością ku stronie prawej, już od dłuższego czasu występować miała od czasu do czasu duszność, silne zaś jej napady na trzy dni przed przyjęciem chorego na klinikę. Przechylenie głowy na stronę prawą datować się ma od pół roku. W dniu badania przy pochylonej głowie zwężenie wyraźne, stałe, przy najmniejszem usiłowaniu wyprostowania głowy lub przy płaczu silny napad duszności. Badanie lusterkiem krtaniowem było z tego powodu wprost niemożliwe.

W celu rozpoznawczym przystąpiłem wprost do tracheoskopii górnej. Tracheoskop wprowadziłem bez żadnego znieczulenia u chorego siedzącego, poczem dopiero ułożyłem chorego na wznak. Badanie to wykazało, iż przyczyna zwężenia jest wpuklanie się lewej ściany tchawicy. Po przeprowadzeniu tracheoskopu do wysokości klina podziałowego tchawicy zwężenie ustąpiło, dziecko oddychało zupełnie swobodnie. Przyczyna ugniecenia tchawicy pomimo tracheoskopii pozostała nieznaną. Samo skrzywienie kręgosłupa takiego ugniecenia wywołaćby nie mogło, równoczesne zaś obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej przemawiało za jakąś sprawą zapalną, toczącą się w otoczeniu. Przypuszczać możemy, iż był to powiększony gruczoł limfatyczny. Należało w każdym razie usunąć zwężenie. Wobec obrzmienia błony śluzowej tchawicy dłuższa tracheoskopia wywołaćby mogła zwiększenie się obrzmienia tak, iż po wyjęciu tracheoskopu mógłby wystąpić natychmiast bezdech, tracheotomię trzebaby wykonać wtedy nadzwyczaj szybko, niebezpieczeństwo uduszenia się dziecka w razie jakichkolwiek przeszkód przy tracheotomii było bardzo blizkie; niebezpieczeństwo to atoli nie byłoby usunięte nawet wtedy, gdyby po tracheoskopii duszność się nie zwiększyła. Polegałoby ono wtedy na tem iż wskutek rzucania się dziecka przy tracheotomii mógł tak samo natychmiast powstać bezdech; to samo powstałoby również, gdyby próbować uśpienia, co i tak wskutek dość znacznego stałego zwężenia było przeciwwskazane. Zresztą mógłby bezdech wskutek rzucania się dziecka łatwo powstać już na początku uśpienia.

Dziecko przy tracheoskopie, przeprowadzonym aż do klina podziałowego, oddychało zupełnie swobodnie. Korzystając z tego, wykonałem tracheotomię na tracheoskopie; tracheotomię mogłem dzięki temu wykonać zupełnie spokojnie, powoli, nie obawiając się już krwotoku, ani żadnego powikłania; czując tracheoskop pod palcami mogłem przecinać warstwowo tkanki i otworzyć tchawicę. Dopiero po przecięciu samej tchawicy wyjąłem tracheoskop i założyłem rurę elastyczną, sięgającą aż do klina podziałowego. Ten sposób wykonania tracheotomii może w przypadkach, podobnych do opisanego, a więc przy znacznych zwężeniach z ugniecenia, oddać pewne usługi, przy pomocy bowiem tego sposobu wykrywamy przyczynę zwężenia i ułatwiamy sobie tracheotomię; gdybyśmy ją wykonali wtedy wprost zwykłym sposobem, narazilibyśmy chorego na groźne niebezpieczeństwo uduszenia.

Tracheoskopia górna oddać nam może pewne usługi przy guzach, uciskających tchawicę, szczególnie przy wolu. Jeżeli wtedy ujrzymy w tracheoskopie, iż ściany tchawicy nie są zwiotczałe, to spodziewać się należy, iż po usunięciu uciskającego tchawicę guza zwężenie ustąpi. Gdyby podczas operacyi zagrażała lub powstała znaczna duszność, moglibyśmy wykonać operacyę przy wprowadzonym tracheoskopie, przesuniętym poza zwężenie. W ten sposób uniknąć możemy tracheotomii, która niekorzystnie wpływa na gojenie się rany pooperacyjnej. Jeżeli ściany tchawicy są zwiotczałe, to przed usunięciem wola należałoby wykonać poprzednio tracheotomię, usuwając w ten sposób niebezpieczeństwo nagłej śmierci przez zapadnięcie się tchawicy.

Jakie jeszcze inne usługi będzie oddawać tracheo- i bronchoskopia górna, obecnie przewidzieć jeszcze nie można; jest to metoda, używana dopiero od krótkiego czasu przez niewielu lekarzy, wymagająca znacznej wprawy. Że z tracheo- i bronchoskopii możemy spodziewać się dalszych jeszcze korzyści, na to naprowadza mnie przypadek, który spostrzegałem wspólnie z prof. Pieniążkiem.

U dziecka $2^1/_2$-letniego wystąpiło nagłe utrudnienie oddechu, a zwłaszcza wydechu; przy wydechu obok zblizka słyszalnego szmeru zwężenia, stwierdzić było można na klatce piersiowej suche szmery wydechowe. Przypuszczać tu było można ciało obce w tchawicy. Prof. Pieniążek przystąpił po uśpieniu dziecka do tracheoskopii górnej; badanie to wykazało, iż dolna część tchawicy, jej klin podziałowy oraz oba oskrzela są bardzo silnie zaczerwienione, ich błona śluzowa jest obrzmiała; w oskrzelach trochę śluzu białego, który usunięto wacikiem dla obejrzenia części głębszych: ciała obcego nie znaleziono. Obrzmienie było tak znaczne, że już początki oskrzeli były wyraźnie zwężone. U dziecka tego już drugiego dnia oddech stał się lekki, znikły także wszystkie objawy nieżytu. Prof. Pieniążek wraz z prof. Jakubowskim uznali tę całą sprawę za napad dychawicy, która to choroba, choć rzadko, ale przecież czasami i u tak małych dzieci się zdarza.

W przypadku tym zostało zatem podczas napadu dychawiczego stwierdzone zapomocą wzroku obrzmienie błony śluzowej oskrzeli głównych i klina podziałowego tchawicy; prawdopodobnie była również obrzmiałą błona śluzowa bocznych gałęzi oskrzeli. Wynik ten tracheoskopii przemawia przeciw przypuszczeniu, iż napady dychawicy oskrzelowej powstają pod wpływem kurczu okrężnych włókien mięsnych

w gałązkach oskrzelowych, nie posiadających chrząstnych pierścieni. lecz tylko ściany błoniaste, tj. w oskrzelkach.

Jeśli przyjmiemy, że napad dychawicy wywołany jest obrzmieniem błony śluzowej oskrzeli tak głównych, jak i bocznych, to tracheo- i bronchoskopia górna może nam i w tych przypadkach oddać pewne usługi. Przedewszystkiem pozwoli ona nam dokładnie obejrzeć nawet wejścia do oskrzeli trzeciorzędnych, bardzo być zaś może, iż zastosowanie z pomocą tracheoskopu kokainy lub adrenaliny zdoła zmniejszyć obrzmienie błony śluzowej i przerwać napad dychawicy.

Leczenie dychawicy mogłoby polegać już na wstrzykiwaniu odpowiednich płynów do tchawicy pod kontrolą samego tylko lusterka krtaniowego, w tracheo- i branchoskopie należałoby jednak przedtem wypróbować takie leczenie.

Oto pokrótce opisane wyniki dotychczasowego zastosowania tracheo- i bronchoskopii górnej. Użyta pierwotnie przez Killiana do ciał obcych, tu też prawie wyłącznie była stosowaną, w dwu zaledwie przypadkach użyto jej do usunięcia nowotworów, w jednym przez Schröttera do usunięcia nacieków gruźliczych tchawicy, oraz do następowego leczenia zwężającej blizny. Zresztą używano tej metody tylko w celu rozpoznawczym.

Liczne przypadki zwężeń tchawicy i oskrzeli na tle twardzielowem, leczone na naszej klinice, pozwoliły nam rozszerzyć zastosowanie tego sposobu i na zwężenia przewlekłe. Wyniki takiego leczenia są zupełnie zadowalniające; dokładnie podałem je w „Archiv. f. Laryngologie“, Tom 17, zeszyt II. Zabiegi wykonywane były jużto przez prof. Pieniążka, jużto przezemnie.

Obok twardzieli stanowiły obfity materyał do tracheo- i bronchoskopii górnej zwężenia wskutek ciał obcych, kiły, wreszcie zwężenia wskutek ucisku.

V. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przypadek pubiotomii na wsi.

Podali

Dr. Herz i Dr. Kraus w Rzeszowie.

Na posiedzeniu Towarz. lekarzy-położników w Wiedniu, odbytem w dniu 16 maja b. r., zdał sprawę Gigli z Florencyi z 80 przypadków pubiotomii, operowanych z powodu znacznego stopnia zwężenia miednicy, a sprawozdanie jego wypadło na korzyść tej, w wielu przypadkach zbawiennej operacyi.

Jeżeli się uwzględni, że Gigli opierał swoje wywody na przypadkach, operowanych we wzorowo urządzonych klinikach, to uzasadnioną jest chęć nasza ogłoszenia przypadku pubiotomii, wykonanej jedynie przez nas dwóch, bez dalszej pomocy zawodowej, na wsi, w chacie wiejskiej. Dnia 17 października b. r. wezwany został dr. Herz do *M. P*, żony biednego rolnika w Łukawcu pod Rzeszowem, po raz wtóry rodzącej, u której przed rokiem wykonał kraniotomię na płodzie żywym z powodu znacznego zwężenia miednicy. Bole porodowe znalazł silne, pęcherz płodowy od kilku godzin pęknięty, główkę jednak wymacalną dokładnie nad wejściem do miednicy, przypartą do wchodu, twardą, dużą. Miednica okazała się znacznie zwężoną, a mianowicie wymiary wykazały Sp 20, Cr $23^1/_2$, Troch 26, C. ext. $16^3/_4$ [C. diag. nie można było zmierzyć]. Część pochwowa macicy była zanikła, a ujście rozwarte na wielkość pięciokoronówki [do wzgórka (*promontorium*) dostać się nie można było].

Od czasu przybycia na miejsce czekał dr. Herz kilka godzin; bole przez ten cały czas były silne, a główka nie zstępowała niżej, owszem obrysy jej stawały się przez powłoki brzuszne wyraźniejsze dla oka i dla dotyku; przystąpił tedy do założenia kleszczy, spodziewając się, że przecież może uda się urodzić w ten sposób płód żywy, tak bardzo przez otoczenie upragniony. Kiedy atoli kilkanaście pociągnięć nie wykazało żadnego skutku, wytłómaczył rodzinie, że jeżeli chcą koniecznie mieć żywe dziecko, a niedopuścić do robienia wymóżdżenia na płodzie żywym, muszą się zdecydować do pozwolenia zrobienia na rodzącej pubiotomii, do czego jednak potrzebna jest pomoc przynajmniej jeszcze jednego lekarza.

Po niedługim namyśle zdecydowano się na propozycyę dr. Herza i wysłano konie po dr. Krausa, po którego przybyciu dnia 18/X o godz. 9 rano przystąpiono natychmiast do uśpienia chloroformowego, do dezynfekcyi rodzącej i do operacyi według metody Döderleina, na zwykłym stole wieśniaczym, w chacie, nienależącej wcale do zamożnego kmiecia. Dr. Herz naciął skórę nad górnym brzegiem kości łonowej po stronie lewej od spojenia łonowego aż do kości, wprowadził przez ranę powstałą igłę Döderleina i po palcu, wprowadzonym do pochwy, przesunął ją tuż za powierzchnią kostną, aż do powierzchni skóry w wardze większej, w której znowu bisturem zrobił ranę, ażeby módz na igłę nanizać piłeczkę Gigliego. Przepiłowanie kości łonowej tem pomysłowem narzędziem okazało się bardzo łatwem; dwie babki wiejskie ściskały z obydwóch stron miednicę rodzącej, w której zaraz po przepiłowaniu kości nastąpił rozstęp na 2 palce szeroki. Tutaj musimy dodać, że podczas przepiłowania wystąpiły dwie niemiłe przypadłości: — jedna piłeczka złamała się po kilku pociągnięciach i musiano założyć drugą; powtóre — wystąpił znaczny krwotok z górnej rany. Po zatamowaniu krwotoku i przeprowadzeniu drugiej piłeczki, przystąpił dr. Kraus do urodzenia dziecka zapomocą kleszczy; po kilkunastu trakcyach silnych urodził się płód omdlały, który po przeszło godzinę trwających cuceniach udało się przywołać do życia. Rany obydwie zeszyto, łożysko wygnieciono po $^1/_2$ godzinnej przerwie sposobem Credégo, przekonano się, że nigdzie zresztą części rodne nie zostały uszkodzone, założono opaskę, silnie uciskającą miednicę, i przeniesiono położnicę do łóżka.

Płód płci męzkiej był dobrze rozwinięty, miał dużą twardą głowę.

Operacyę tę robiliśmy po raz pierwszy w życiu i to w warunkach o tyle niekorzystnych, że rzecz działa się w chacie wieśniaczej, a nie w dobrze urządzonej klinice. Wynik operacyi wprost zachwycił nas, a niemniej od nas zachwycona była rodzina rodzącej, która gorąco pragnęła ujrzeć żywe dziecko.

Dalszy przebieg w zupełności nas utrwalił w przekonaniu o zaletach operacyi, dającej możność ograniczenia wskazań do cięcia cesarskiego i pozwalającej się spodziewać, że z czasem kraniotomia na żywych płodach przy średniego stopnia zwężeniach zostanie wyrugowaną.

Położnica pozostawała w naszem spostrzeganiu przez przeszło cztery tygodnie. Oprócz krwiaka w wardze sromnej większej i podwyższonej przez to ciepłoty przez trzy dni do wysokości 38—38·5, — i oprócz utrudnienia w oddawaniu moczu w pierwszych kilku dniach, nie stwierdziliśmy żadnych ważniejszych powikłań. Kość łonowa dobrze się zrosła; w miejscu przepiłowania miewała położnica bole przez pierwsze trzy tygodnie, które jednakowoż bez leczenia ustały.

Dnia 1 grudnia b. r. odwiedził nas mąż operowanej z oświadczeniem, że zarówno dziecko, jak i matka mają się dobrze, że matka wstaje i chodzi potrochę koło gospodarstwa i że nic szczególnego ani w chodzie, ani w trzymaniu się zauważyć nie można.

Pubiotomię może zatem każdy praktykujący w położnictwie lekarz na prowincyi wykonać.

VI. Oceny i sprawozdania.

O zastosowaniu radu w okulistyce.

Sprawozdanie zbiorowe.

Podał

Doc. Dr. K. W. Majewski.

1) Greef: Über Radiumstrahlen und ihre Wirkung auf das gesunde und blinde Auge. (Deutsche Med. Wchschrift. Nr. 13. R. 1904). — 2) Darier: Radium et rayons X. (Clinique Ophtalm. Nr. 1. R. 1904). — 3) Cohn: Weitere Bemerkungen über Behandlung des Trachoms mit Radium. (Berl. kl. Wchschrift. Nr. 8. R. 1905). — 4) Prof. B. Wicherkiewicz: Słówko w sprawie leczenia jaglicy zapomocą radium. (Postęp okulist. 1905. Nr. 6) — 5) Darier: Zur therapeutischen Anwendung des Radiums. (Die Ophtalm Klinik Nr 10. R 1905). — 6) Kirchner: Sur la supériorité au point de vue esthétique du traitement du cancer des paupières par le radium et technique de cette méthode (La Clinique ophtalmologique Nr. 15—16 R. 1905). 7) Valude: A propos du traitement des cancroïdes par la radiothérapie. (Annales d' oculistique. Nr. 8. 1905 R.)

Skoro tylko odkrycie materyi promieniotwórczej stało się głośnem w świecie naukowym, zajęły się niem niezwłocznie koła lekarskie, aby stwierdzić, czy nowo poznane własności takich pierwiastków, jak tor, uran, rad, aktinium, polonium, dadzą się w jakikolwiek sposób spożytkować w celu badania i leczenia chorób. Bromek radu, otrzymywany stosunkowo w największej ilości i posiadający największą siłę promieniotwórczą, stał się z natury rzeczy materyałem, z którym wykonywano doświadczenia na zwierzętach i ludziach. Popyt za tym przetworem wzmagał się z dniem każdym, przez co jego cena tak podskoczyła, że można już było obawiać się, iż ustaną w tym kierunku badania w pracowniach klinicznych i szpitalnych. Obecnie produkcya radu jest już na tyle uregulowaną, że za względnie przystępną cenę można dostać szczupłą ilość dostatecznie czystego przetworu ze siłą promieniotwórczą, wystarczającą jako tako do celów lekarskich.

Między lekarzami okuliści w pierwszym rzędzie zwrócili swą uwagę na nowo odkryty pierwiastek i zajęli się zbadaniem jego wpływu na zdrowe i chore oko. Zdolność świecenia, jaką posiada rad, mogła obudzić nadzieję, że nowo poznane promienie zdołają wzmocnić, jeśli nie przywrócić wzrok tym ciemnym, którzy nie mogą już korzystać ze światła zwyczajnego. Nie brakło badań w tym kierunku: Greef z Berlina przekonał się, że za zbliżeniem soli radu do oka w zupełnej ciemności odczuwamy niewyraźny blask zielonawy, tem silniejszy, im większa ilość radu, i im bliżej oka umieszczona. Tosamo spostrzeżenie zrobili Giesel i London. Autorowie ci przypuszczają, że rad wywołuje fluorescencyę środków łamiących oka, mianowicie ciała szklistego, i że w tem leży źródło widzenia owego nieokreślonego zielonawego blasku. W ten sposób oddziaływa na emanacyę pierwiastków promieniotwórczych tylko takie oko, którego siatkówka, a w szczególności warstwa pręcików i czopków jest zdolna do prawidłowej czynności. Oprócz oczu zdrowych dojrzeć mogą zatem tę fluorescencyę także oczy niewidzące, ale tylko takie, które wzrok utraciły z powodu zaćmienia rogówki (*leucoma, staphyloma, pannus*), lub zarośnięcia źrenicy, albo zaćmienia soczewki przy zachowanej jednak wrażliwości siatkówki, a więc przy utrzymanem poczuciu światła. Według doświadczeń Londona oko świeżo po wypatroszeniu nie odczuwa promieni radu, co świadczyłoby o tem, że sam nerw wzrokowy jest na te promienie niewrażliwy. Chorzy z zupełnym zanikiem nerwówwzrokowych nie widzą też światła radu, taksamo jak promieni światła zwyczajnego. Tak więc znikła rychło nadzieja, ażeby promienie radu mogły jakąkolwiek korzyść przynieść tym nieszczęśliwym, co dziennego światła nie widzą. Ale i dla tych, którzy przy utrzymanej wrażliwości percepcyjnych części oka nie widzą przedmiotów z powodu zaćmienia rogówki, soczewki, zarośnięcia źrenicy i t. d., z promieniotwórczych własności radu żadnych korzyści spodziewać się nie można. Jakkolwiek bowiem promienie Becquerela przenikają zaćmione i dla zwyczajnego światła nieprzeźroczyste części chorego oka, to jednak, nie podlegając wcale prawidłom załamania, nie mogą w żadnym razie na siatkówce wytworzyć obrazów przedmiotów zewnętrznych. Prócz zielonawego blasku nic zatem więcej oko takie nie zobaczy. Tak tedy badania nad wpływem promieni radu na oczy ociemniałe, podjęte przez okulistów, z całym zresztą sceptycyzmem, doprowadziły do zupełnie ujemnych wyników.

Pozostała druga własność radu, która mogła być w medycynie lepiej spożytkowaną. Własnością tą jest niszczące działanie promieni Becquerela na żywe komórki ustroju. Danysz w Instytucie Pasteura robił jeden z pierwszych doświadczeń w tym kierunku na królikach, morskich świnkach i myszach. Już małe ilości radu wywołują na skórze myszy wypadanie włosów, wyprysk, wreszcie zapalenie skóry bez objawów ogólnych. Wystawione na większe ilości radu popadają myszy w kurcze, a wreszcie giną wśród objawów porażenia. Działanie radu na układ nerwowy jest o wiele silniejsze, niż na naskórek; wyników jednak doświadczeń nie można przenosić wprost ze zwierząt na człowieka, zachodzą bowiem wielkie różnice, zależne od gatunku zwierzęcia. I tak Darier przypomina, że tasama ilość jednostek siły promieniotwórczej radu, która u morskiej świnki niszczy zupełnie sierść i wytwarza wrzody na skórze, u królika przy temsamem trwaniu naświetlania działa tylko pobudzająco na wzrost włosów. Liczne doświadczenia wykazały, że promienie radu działają niszcząco przedewszystkiem na komórki młode, komórki w okresie podziału i bujania, lub komórki, które ulegają okresowemu odradzaniu, jak nabłonki, śródbłonki naczyniowe i t. d. Tem się też tłómaczy pewnego rodzaju elektywne działanie promieni Becquerela na nacieki nowotworowe, z młodych, silnie bujających komórek, złożone, które ulegają zniszczeniu, podczas gdy otaczająca tkanka zdrowa, złożona ze starszych i już morfologicznie przeobrażonych komórek, opiera się ich niszczącej sile. Ta własność czyni rad cennym środkiem leczniczym, służącym do bezkrwawego usuwania powierzchownych guzów i nacieków nowotworowych, oraz innych zmian patologicznych na skórze. W tej mierze dermatologowie wyzyskują już promieniotwórczą siłę radu, a i w okulistyce w obec często zdarzających się raków skórnych i innych nowotworów na powiekach i w najbliższem otoczeniu oka nie zaniedbano sposobności, ażeby się o leczniczej wartości radu przekonać. Kirchner, Guibert, Guériteau, Darier, Valude i inni ogłosili szereg przypadków, w pierwszym rzędzie raków skórnych na powiekach lub w okolicy woreczka łzowego, usuniętych i wyleczonych przez systematyczne naświetlanie promieniami radu. Uzyskiwali oni, używając małych ilości radu (jednego lub kilku miligramów bromku radu), naświetlając kolejno miejsca nowotworem zajęte przez przeciąg kilku do kilkunastu minut i powtarzając takie naświetlenia co kilka dni, w miarę potrzeby 10 do 20 razy, zupełnie gładkie zabliźnienie nowotworu, rozmiękczenie, a następnie zniknięcie głębszych nacieków, przyczem obywa się zwykle bez znaczniejszego odczynu zapalnego. Miejsce nowotworu zajmuje zazwyczaj gładka, lśniąca, miękka, przesuwalna i mało różniąca się od zdrowej skóry blizna. Takie wyniki nie są do pogardzenia, jeśli się zważy, że chorzy bardzo często zaniedbują raka powiek, uważając go z początku za pryszcz lub wyprysk bez znaczenia, leczą go maściami i dopuszczają do tego, że nowotwór zajmuje nieraz znaczną część powieki, przez jej brzeg przechodzi na spojówkę, nieraz od kącika rozrasta się na obie powieki, a wtedy operacyjne usunięcie guza pociąga za sobą trudny nieraz i uciążliwy zabieg plastyczny. Dla pokrycia ubytku po usunięciu niepozornego nieraz guzka trzeba częstokroć wycinać duże uszypułowane płaty skórne z czoła, nosa lub z policzka, po których pozostają blizny zdaleka widoczne i o wiele bardziej szpecące, niż

niebezpieczny wprawdzie, ale niewielki wrzodzik, dla którego operacyę podjęto. Pomijając zatem okoliczność, że wielu chorych obawia się noża i żąda od lekarza leczenia bezkrwawego, radyoterapia i z tego względu zasługuje na wyróżnienie, że umiejętnie i ostrożnie stosowana pozostawia niepozorne i mało szpecące blizny. Tę zaletę leczenia zapomocą radu podnoszą wszyscy autorowie, którzy stosowali je w większej liczbie przypadków.

Pozostaje do rozstrzygnięcia ważne bardzo pytanie, czy wyleczenie złośliwych nowotworów skórnych, uzyskane zapomocą promieni radu, jest równie trwałe, jak wynik doszczętnej operacyi krwawej? Zbyt mała jest liczba spostrzeganych dotąd przypadków, a nowe leczenie wprowadzone do okulistyki tak od niedawna, że stanowczego sądu w tej sprawie wydać jeszcze nie można. To pewna, że niektórzy autorowie widzieli nawroty po pozornie zupełnem zabliźnieniu nacieków rakowych. Być może, że dłuższe lub energiczniejsze leczenie byłoby pojawienie się nawrotu odwlokło, albo mu zgoła zapobiegło. Konieczne są w tym względzie dalsze, latami prowadzone spostrzeżenia. V a l u d e uważa rad wobec złośliwych nowotworów na powiekach tylko za dogodny środek łagodzący (paliatywny), nadający się u chorych, którzy nie chcą przystać na operacyę doszczętną. Wobec narośli i guzków natury łagodnej, jak brodawczaki, tłuszczaki i t. d., stawia on wartość promieni B e c q u e r e l a na równi ze skalpelem.

Co do techniki stosowania radu w leczeniu nowotworów skórnych na powiekach, spojówce i w okolicy oka, to zasady postępowania nie są jeszcze ustalone. Bądź co bądź przekonano się, że do osiągnięcia celu wystarczają małe ilości bromku radu (jeden lub kilka mg.), byle przetwór był dobry, t. j. dostatecznie promieniotwórczy. Przeważna część autorów używa miniaturowej puszki cynowej, wylanej wewnątrz ołowiem. W małym dołeczku, wyżłobionym w ołowiu, umieszcza się szczypta promieniotwórczej soli, przykryta cienką blaszką miki, przyklejonej zapomocą odpowiedniego kitu. Używać szkła jako nakrywki nie poleca się dlatego, ponieważ pochłania ono przeważną część promieni B e c q u e r e l a. Mimo tego niektórzy autorowie polecają zatapiać bromek radu do cienkich rurek szklanych. Opisaną powyżej puszkę cynową przykłada się okienkiem mikowem bezpośrednio do powierzchni nowotworu i zapomocą odpowiedniej opaski w położeniu tem przytwierdza. Czas trwania naświetlenia określają autorowie rozmaicie: zwykle kilka do kilkunastu minut trwać powinno naświetlenie każdej cząstki nowotworu z osobna. Posiedzenia odbywają się zwykle co kilka dni, często raz na tydzień. Jeśli nacieki nowotworowe przechodzą na stronę spojówki, wkłada się puszkę do worka spojówkowego po poprzedniem znieczuleniu oka kokainą, zwracając oczywiście okienko mikowe ku zajętej nowotworem powiece. Zachodzi ważne pytanie, czy niszczące działanie promieni B e c q u e r e l a nie zagraża całości delikatnych i wrażliwych błon, składających gałkę oczną? Wszyscy autorowie, którzy dotąd ogłosili swe spostrzeżenia nad leczniczem działaniem radu, zgadzają się, że w ilościach, jakie w okulistyce bywają używane i przy wyżej opisanym sposobie zastosowania, rad dla oka nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Dla zabezpieczenia się przed możliwymi zarzutami poleca się wszakże w każdym przypadku przed rozpoczęciem leczenia zapomocą radu zbadać dokładnie wzrok, przeźroczystość środków załamujących, dno oka, aby w danym razie zawczasu stwierdzić rozwijającą się chorobę, mogącą później ewentualnie wpłynąć na obniżenie wzroku, (n. p. rozpoczynającą się zaćmę) i uprzedzić o niej chorego lub jego otoczenie. Przy zewnętrznem zastosowaniu puszki, zawierającej rad, grubość nowotworu i powieki chroni dostatecznie gałkę oczną przed niszczącą siłą emanacyi; przy zastosowaniu zaś puszki od strony worka spojówkowego, ołów, który ją wypełnia, stanowi dla promieni B e c q u e r e l a wystarczającą zaporę.

Jak ostrożnie trzeba jednak przyjmować wyniki niektórych dotychczasowych badań nad wartością leczniczą promieni radu, o tem świadczy publikacya Prof. C o h n a z Wrocławia, który zapomocą jednego miligrama bromku radu, zatopionego w maleńkiej cewce szklanej, miał w krótkim czasie przez naświetlanie wyleczyć jużto jaglicę *(conjunctivitis trachomatosa)*, jużto zapalenie mieszkowe spojówki *(conjunctivitis follicularis)*, ze wszystkiem jednak tylko trzy przypadki.

Prof. W i c h e r k i e w i c z, chcąc sprawdzić ten przez C o h n a bardzo zachwalany sposób leczenia, sprowadził tęsamą ilość bromku radu z tegosamego źródła i po tejsamej cenie, aby o ile możności rozporządzać przetworem o tej samej sile promieniotwórczej. U szeregu chorych, leczonych w krakowskiej klinice okulistycznej z powodu jaglicy, u których zmiany na obu oczach były jednakiego stopnia, zastosował prof. W i c h e r k i e w i c z radyoterapię w ten sposób, że jedno oko stale leczył przez naświetlanie promieniami B e c q u e r e l a, ściśle wedle wskazówek przez C o h n a podanych, na drugie zaś oko stosował dawne, powszechnie używane i wypróbowane sposoby leczenia. I cóż się okazało? Stan oczu, leczonych promieniami radu, nie ulegał żadnej zmianie, podczas gdy na oczach, leczonych po dawnemu, poprawa była widoczna. W interesie chorych trzeba było rad usunąć i powrócić do środków dawnych, których skuteczność w jaglicy nie zawodzi. Prof. W i c h e r k i e w i c z w przekonaniu, że przetwór którego używał, nie ustępował w dobroci przetworowi, jakim C o h n rozporządzał, musiał dojść do wniosku, że wrocławski profesor, powodując się pierwszem wrażeniem, skłonił się do wydania przedwczesnego sądu o zbawiennem działaniu radu w jaglicy.

Na ostatniem rocznem zebraniu towarzystwa „British Medical Association“ B i s h o p - H a r m s zajął wobec leczenia jaglicy promieniami radu to samo, co prof. W i c h e r k i e w i c z, stanowisko, a to na podstawie szeregu doświadczeń w Midlesex Hospital, gdzie mimo cierpliwości chorych i konsekwencyi lekarzy zaznaczono przy użyciu radu same tylko pogorszenia.

O niektórych odrębnych wskazaniach stosowania promieni radu wspomina D a r i e r w jednej ze swoich prac. Stosował on je w rozmaitych przypadkach: między innymi widział szybkie wessanie się krwi przy śródgałkowym krwotoku, spowodowanym przez uraz. Jako niepodniesiona dotąd przez nikogo zaletę radu wymienia D a r i e r jego działanie uśmierzające ból. Działanie to stwierdził on w kilku przypadkach (*iritis rheumatica, neuralgia orbitalis, chorioiditis luetica, neuralgia trigemini, episcleritis rheumatica etc.*). Ponieważ jednak sam autor przyznaje, że w niektórych razach rad, jako *analgeticum*, zupełnie go zawiódł, a z żadnej innej strony niema dotąd potwierdzenia tych spostrzeżeń D a r i e r a, trzeba je zatem jeszcze przyjmować *cum grano salis*.

Jest to zjawisko w medycynie często się powtarzające, że ilekroć się pojawi nowa jakaś metoda lecznicza, lub znajdzie się nowy czynnik leczniczy, dający się w różnych przypadkach stosować, zakres wskazań wzrasta z dniem każdym i doniesienia o skutecznem działaniu napływają ze wszech stron tak, jak gdyby znaleziono panaceum na wszystkie choroby. Dla radu okres ten już minął i wkrótce chłodna krytyka na podstawie poważnego i uporządkowanego materyału kazuistycznego i doświadczalnego sprowadzi wartość leczniczą materyi promienistej do właściwej miary i do rozmiarów, odpowiadających rzeczywistości.

VII. Wyciągi.

CHIRURGIA. B r a u n. **O kilku nowych środkach znieczulających** (stowaina, alypina, nowokaina). (*Deutsch. med. Wochft.*, 1905, Nr. 42). Prof. Braun z Lipska, tak zasłużony na polu znieczulania miejscowego, podaje nowy przyczynek pod postacią wypróbowania klinicznego wprowadzonych świeżo trzech środków znieczulających. Ideałem środka miejscowo znieczulającego ma być:

1) mała własność trująca; 2) dobra rozpuszczalność w wodzie: 3) oddziaływanie nie bardzo kwaśno, ani bardzo alkaliczne (niedrażnienie tkanek i nie wywoływanie bolesności): 4) zdolność przetrwania wyjałowienia przez gotowanie; 5) zdolność łączenia działalności z preparatami nadnercza; 6) zdolność wsysania się przez błony śluzowe. Stowaina jest mniej trująca, niż kokaina. Oddziaływa jednak kwaśno; wstrzyknięcie jej jest bolesne i drażni tkanki. Roztwory 5—10 prc. mogą nawet wywołać zgorzel. Sprowadza ona przekrwienie, nie można też jej łączyć z tego powodu z nadnerczyną. Na błony śluzowe działa bardzo drażniąco, szczególnie na spojówkę. Dotąd okazała się stowaina bardzo pożyteczną w znieczuleniu lędźwiowem.

Alypina, podobna do poprzedniej ze składu chemicznego, daje się bardzo dobrze gotować, działa silnie znieczulająco; można ją łączyć z adrenaliną; jest mniej trującą od kokainy, drażni jednak tkanki i roztwory 5 prc. wywołać już mogą zgorzel. Roztwory 10 prc. znieczulają bardzo dobrze błony śluzowe (przez smarowanie). Znieczulenie lędźwiowe łącznie z adrenaliną wywołuje możebnie doskonałe.

Nowokaina, środek dopiero co wprowadzony, rozpuszcza się w wodzie (1:1), daje się dobrze gotować, działa dobrze znieczulająco, lecz znacznie krócej, niż kokaina. Jest jednak od ostatniej znacznie mniej trującą, można więc tę wadę wynagrodzić silniejszymi roztworami (dawka najwyższa leży zdaje się jeszcze ponad 0,25), tkanek nie drażni nawet w 10 prc. roztworze. Łączy się dobrze z nadnerczyną. Działanie nowokainy wypróbował autor w 150 operacyach. Najlepiej stosować ją w 2 prc. roztworze. Błony śluzowe znieczula ona dobrze, podobnie działa też korzystnie w znieczuleniu lędźwiowem, badania jednak nad tem są jeszcze w toku.

Dr. A. Klęsk.

Fischer. **Doświadczalne wywoływanie tętniaków.** (*Deutsch med. Wochs.*, 1905, Nr. 43). Koester wykazał, że prawdziwe tętniaki powstają wskutek zmian błony mięsnej. Sztucznie próbowano wywoływać tętniaki n. p. przez miażdżenie ściany (bez skutku). Dopiero Fabrisowi udało się wywoływać sztuczne tętniaki zapomocą żrących środków chemicznych. Właściwie jednak dopiero Josué wywołał sztuczne zmiany w ścianach tętnic (miażdżycę) i to zapomocą śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny. Przy takich wstrzykiwaniach tworzą się po pewnym czasie ograniczone obumarcia błony mięsnej, a wskutek nich wydymanie się ściany naczynia. — Autorowi udało się podobnie zapomocą wstrzykiwań adrenaliny lub digalenu wywołać u królika tętniaki i na mocy tych doświadczeń dochodzi do przekonania, że sztuczne tętniaki wywołać można, a polegają one na obumieraniu ogniskowem błony średniej tętnic. Cierpienie to zowie autor obumieraniem tętnic (*arterionecrosis*). Środki wywołujące to obumieranie działają dziwnie, bo nie na wszystkie tętnice i nie na wszystkie miejsca danej tętnicy. Prócz schorzenia ściany środki te (digalen i adrenalina) wywołują zwiększone parcie krwi i kto wie, czy to ostatnie nie jest właśnie przyczyną powstawania obumierania i tętniaków.

Dr. Klęsk.

Reichel. **Powikłania po operacyi wola.** (*Münch. med. Wochft.*, 1905. Nr. 42). Autor spostrzegał 3 dość rzadkie powikłania po operacyi wola. U jednej chorej mimo pozostawienia części gruczołu wielkości kurzego jaja wystąpiła tężyczka, a potem charłactwo. Dopiero w rok, gdy choroba gruczołu powróciła, charłactwo ustąpiło. W drugim podobnym przypadku charłactwo ustąpiło też po nawrocie wola, choć nawrot ten polegał na sprawie rakowej. W trzecim przypadku nastąpiła nagła śmierć po operacyi przy zakładaniu opatrunku wskutek obustronnej odmy piersiowej, pochodzącej z pęknięcia płuca i opłucnej około węzki. Pęknięcie to tłómaczy sobie autor zapadnięciem się nagłem tchawicy i trudnością wydechową. Natychmiastowa tracheotomia nie pomogła nic. Wnioski autora są następujące: 1) Przy dużych wolach, nawet pozostawienie dość znacznej części gruczołu nie uchroni się od występowania tężyczki lub charłactwa. 2) Powikłania te w miarę nawrotu wola ustępują, leczy je także dobrze podawanie tyreoidyny. 3) Im większe wole, tem po operacyi łatwiej powikłania te wystąpić mogą. 4) Nowotwór, rozwijający się w pozostałym kawałku gruczołu, usuwa też te powikłania.

Klęsk.

Rosenheim. **Leczenie kamicy żółciowej.** (*Deutsch. med. Wochft.* 1905. Nr. 41). Kamica żółciowa jest jedną z najczęstszych chorób. Z dorosłych ulega jej prawie co dziesiąty człowiek. Najwięcej zapada na nią jednak kobiet po 60 roku życia. Przyczyny tej choroby upatrują jedni w zakażeniu żółci drobnoustrojami (i to albo drogą krwi, albo przewodu pokarmowego), inni dołączają do tego jeszcze utrudnione krążenie w wątrobie, n. p. przy wadach serca i przy otłuszczeniu. Wielki wpływ na powstawanie tej choroby wywierają też cierpienia żołądka, niedostateczne działanie przepony u kobiet, ciąża i sznurowanie się. Napad sam wywołać może podniecenie umysłowe, miesiączka, zaziębienie i t. d. Zajęcie zapalne woreczka cechuje bolesność jego, trwająca czasem bardzo długo. Kamica przebiegać może mimo obecności kamieni zupełnie bez typowej kolki i bez żółtaczki. Kamienie mogą nawet przechodzić do kiszek bez objawów. Kamicy towarzyszy prawie zawsze pierwotne lub następowe cierpienie żołądka, często w postaci wzmożonej kwasoty, ostrego nieżytu, a w razie zapalenia okołopęcherzykowego nawet rozstrzeń i niedowład. W większej liczbie przypadków choroba przebiega pomyślnie i może zniknąć zupełnie bez śladu; w innych przebiega znów ciężko i może wywołać groźne następstwa. Gdy choroba nie daje żadnych objawów, powinniśmy wychodzić z założenia: »*quieta non movere*«. Przypadki lżejsze, z lekkiemi i rzadkiemi napadami kolki, leczymy różnie. W czasie napadu podajemy narkotyki, gorące okłady i gorące napoje. Do narkotyku dobrze dodać czasem 1 mg. atropiny. Po napadzie, choć bolów niema, powinien chory leżeć kilka dni w łóżku, stosując leczenie dyetetyczne. Jeść chorzy powinni często w małych dawkach, n. p. 5 razy na dzień, w odstępach 3-godzinnych i to dyetę mieszaną, zwłaszcza gorące płyny. Środki przeczyszczające jednym pomagają, u innych wywołują właśnie napad. Leczenie kąpielowe poleca autor: 1) gdy chory w domu nie może leczyć się swobodnie; 2) w razie powikłań z cierpieniami przewodu pokarmowego; 3) gdy żółtaczka często się wraca mimo odchodzenia kamieni, a wątroba stale jest powiększoną. Kąpielowe leczenie nie pomoże nic, gdy zajęty jest tylko pęcherzyk, a zdarzało się często. Przypadki ciężkie leczy się pozostawieniem chorego w łóżku przy bezwzględnym spokoju, ewentualnie jodem lub rtęcią. Po stosowaniu oliwy lub jej przetworów (*eunatrol* i *cholelysin*) autor wyników dobrych nie spostrzegał. Leczeniu chirurgicznemu powinny podlegać następujące przypadki: 1) ostre zakaźne zapalenie woreczka; 2) przewlekły jego otok, ropienia około woreczka i ropnie wątroby; 3) zamknięcie przewodu żółciowego kamieniem; 4) zrosty okołopęcherzykowe; 5) wodniak pęcherzyka; 6) niedrożność kiszek z kamicy, w końcu 7) zajęcie zapalne trzustki. — Wobec obecnego postępu chirurgii wyniki są bardzo zachęcające, śmiertelność przypadków zwykłych podług Kehra 3—5 prc.

Dr. A. Klęsk.

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. W. Hannes **W sprawie podłonowego drenowania pęcherza.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 44). Po operacyach plastycznych z powodu rozległych uszkodzeń pęcherza lub cewki polecił Stöckel zastąpić cewnik założony na stałe przez cewkę, lub cewnikowanie — drenowaniem pęcherza podłonowem, a to celem uniknięcia ucisku, względnie tarcia ze strony cewnika o zeszytą ścianę pęcherza lub cewki. S. nacinał błonę śluzową pomiędzy cewką a łechtaczką i drążył w głąb poniżej kości do ściany pęcherza, który otwierał pod kontrolą wprowadzonego palca przez przetokę, względnie cewkę do pęcherza. Küstner zmienił i ulepszył o tyle stronę techniczną, że po skończonej operacyi napełnia pęcherz 100 gr. jałowej wody i przeprowadza wyżej opisaną drogą trójgraniec średniej grubości, który z łatwością do pęcherza trafia; pochwa trójgrańca pozostaje na miejscu, a połączona z drenem, zastępuje cewnik na stałe. W 3 przypadkach oddał ten sposób doskonałe usługi. Częste przestrzykiwania są konieczne, aby się rurka nie zatkała. Po wyjęciu rurki ani kropla moczu tą drogą nie odpływała.

B. Wojciechowski.

A. Czyżewicz *jun.* **Przypadek samodzielnego pęknięcia macicy przy stojącym pęcherzu płodowym.** (*Zentr. für Gyn.* 1905. Nr. 44). Kobieta 42-letnia rodziła 4 razy siłami przyrody; od 4 miesiąca 4-tej ciąży, t. j. od 4 lat, objawy rozmiękczenia kości; przez jeden rok leżała w łóżku, odtąd chodzi z trudnością o kiju. Teraz koniec ciąży, bole od 2 dni. Po 36-godzinnych silnych bolach wezwano lekarza, który skierował chorą do zakładu. W czasie drogi wozem i koleją bole słabsze, równocześnie ogólne osłabienie. Wzrost 130 cm., zapad. obrzęk płuc. c. 35·0, tętno nitkowate 128. Bolesność w prawem podbrzuszu, słabe bole, położenie czaszkowe II., płód nie żyje. Ujście na 5 k.: pęcherz stoi, mało się napina. Miednica odpowiadająca rozmiękczeniu kości, dziób tego stopnia, że pomiędzy kośćmi łonowemi palec się nie zmieści; odległość od wzgórka kości krzyżowej do podstawy dzioba $7\frac{1}{2}$ cm. Rozpoznanie prawdopodobne: pęknięcie macicy. Otwarcie jamy brzusznej; w zatoce Douglasa skrzepy; pęknięcie ściany tylnej od strony prawej; przez szczelinę wyczuwa się pęcherz płodowy. Wydalenie jaja z cięcia Fritscha, wycięcie macicy z powodu krwotoku. Płód 2300 gr., obwód główki 34 cm. Wyzdrowienie. Przypadek ten dowodzi, że mała ilość wód płodowych i cienkie ściany macicy obok bezwzględnego niestosunku porodowego, mogą wyjątkowo spowodować pęknięcie macicy już w I. okresie.

B. Wojciechowski

R. Lumpe. **Przypadek rozwoju raka w kikucie szyi, pozostałym po nadpochwowem odcięciu macicy.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 44). U 49-letniej mężatki zaczął L. wzniecać po-

ronienie z powodu ciężkiego rozmiękczenia kości, trwającego od kilkunastu lat, a zaostrzonego w czasie obecnej IX. ciąży. Z powodu podniesienia się gorączki nazajutrz do 41·5° był atoli zmuszony wykonać wycięcie macicy nadpochwowe. Po 1½ roku zgłosiła się chora z rakiem części pochwowej. Wobec ścieśnienia miednicy obrał L. drogę brzuszną. Oddzielenie pęcherza i zrostów z jelitami przedstawiało znaczne trudności. Jest to jeden z rzadkich zresztą przypadków, przemawiających przeciw niezupełnemu wycięciu macicy.

B. Wojciechowski.

T. Ahlfeld **Samozakażenie połogowe.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 45). Natvig wykazał za innymi obecność paciorkowców i t. zw. „parapneumokoków“ na sromie i w pochwie kobiet zdrowych i dodaje, że drobnoustroje te nabierają w czasie połogu pod wpływem zmiany reakcyi większej żywotności, i posuwając się ku górze, zdolne są wywołać zakażenie. A. nie rozumie, dlaczego N. uważa swe wyniki za dowód słuszności stanowiska Bumma, uznającego wyłącznie zakażenie od zewnątrz, zamiast przytoczyć je na poparcie nauki Ahlfelda o samozakażeniu połogowem.

B. Wojciechowski.

C. Goebel. **Motylica krwawa** (*bilharzia*) **części rodnych kobiecych.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 45). *Schistosomum haematobium* żyje w żyłach podbrzusza, szczególnie w splocie odbytniczym (*plexus haemorrhoidalis*) i składając ogromną ilość jaj zazwyczaj w błonie śluzowej pęcherza, jelit, niekiedy cewki, moczowodów i miedniczek nerkowych, wywołuje naciek lub bujanie błony śluzowej w postaci wyrośli polipowatych. Ojczyzną cierpienia tego jest Egipt. W częściach rodnych kobiecych zdarza się ono tak rzadko, że G. na 300 spostrzeganych przypadków ani razu z tem umiejscowieniem się nie spotkał. Madden z Kairu opisuje taki rzadki przypadek, gdzie pierwotna motylica ograniczała się do pochwy, w postaci jednej dużej wyrośli polipowatej poniżej cewki i licznych mniejszych wyrośli, zajmujących całą pochwę. Narząd moczowy nie był wcale zajęty. Rozpoznanie opiera się o badanie drobnowidowe, szczególnie wobec wielkiego podobieństwa w pewnych przypadkach do wybujałości rakowatych. Zdaniem Maddena mogą tą drogą powstawać przetoki pęcherzowo-pochwowe. Leczenie polega na doszczętnem wycięciu nacieku. Przenoszenie się cierpienia wśród spółkowania drogą moczu lub nasienia nie jest dostatecznie dowiedzionem. Najprawdopodobniej szerzy się motylica drogą krwi od strony żyły bramnej.

B. Wojciechowski.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Giebert. **O niezwykłem umiejscowieniu wrzodów wenerycznych.** (*Medicinische Klinik* Nr. 40, 1905). O wiele częściej występują wrzody pierwotne kiłowe poza częściami płciowemi, niż wrzody weneryczne. Nieliczne przypadki umiejscowienia się wrzodu miękkiego poza częściami płciowemi, opisywane w literaturze, wskazują, że każda część powierzchni ciała ludzkiego może być siedzibą wrzodu miękkiego, tak dolne dziąsła, jak i spojówka, migdałki, język, zagłębienia kolanowe i łokciowe. Wrzody te, występujące poza częściami płciowemi, nie mają swych zwykłych cech charakterystycznych, występują one bowiem pod rozmaitemi postaciami: zanokcicy, zapalenia ropnego łożyska paznokciowego, owrzodziałego odmrożenia i t. d. Głównemi wskazówkami w kierunku rozpoznania jest wielka bolesność tych wrzodów, uporczywa bierność przy leczeniu, dążność do rozpadu i tworzenia podminowanych brzegów. Autor spostrzegał u chorego, który żadnych poprzednio chorób wenerycznych nie przechodził, na palcu małym ręki lewej wrzód weneryczny, który miał powstać wskutek skaleczenia się zardzewiałem narzędziem. Badanie drobnowidowe wykazało w tym przypadku obecność prątków Ducrey-Unny. Co do leczenia, to autor poleca przy tych wrzodach używać kwas karbolowy, jako środek bardzo dobrze oczyszczający. Również zaleca eurofen, który będąc bezwonnym, posiada swoiste działanie jodoformu na prątki wrzodu miękkiego.

Stopczański.

L. Spitzer. **O przyczynowem leczeniu kiły.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 45, 1905). Doświadczenia, jakie Krause i inni przeprowadzali w kierunku leczenia kiły szczepieniem zarazka kiłowego (u małp niższego rzędu), postępując przy tem zupełnie tak samo, jak przy szczepieniach ochronnych wścieklizny według sposobu Pasteura, skłoniły autora do zastosowania tego sposobu u ludzi. Do szczepień używał autor roczczynów wyciśniętej surowicy z wrzodów pierwotnych w rozcieńczeniu 1: 200 do 1: 20. Wstrzykiwania tych roczczynów stosował u ludzi, u których rozpoznanie wrzodu pierwotnego kiłowego nie nasuwało żadnych wątpliwości. Doświadczenia swe autor przeprowadzał u 15 chorych kiłowych. Wyniki, jakie autor przy tem uodparnianiu ustroju na jad kiłowy otrzymał, są następujące: w siedmiu przypadkach wstrzykiwania, których zwykle stosowano 11—20 przez cały przeciąg uodparniania, nie wywarły żadnego widocznego wpływu na dalszy przebieg kiły. W dwóch przypadkach było pewne opóźnienie co do wystąpienia wysypki kiłowej, a w czterech przypadkach wynik był zupełnie dodatni, bo w czasie całorocznej obserwacyi nie wystąpiły dalsze objawy kiły.

Stopczański.

Schmidt. **O zmianach w skórze, powstałych po naświetleniu promieniami radu.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 44, 1905). Powszechnie znane są zmiany zapalne skóry, powstające po silniejszem zadziałaniu promieni Röntgena. O wiele mniej znane są zmiany skóry stale pozostające, a wywołane dłuższem i silniejszem działaniem promieni radu. Do tych zmian należą: ograniczony zanik skóry niższego stopnia, blizny, powstałe w miejscach uszkodzeń odczynowych i rozstrzeń naczyń włosowatych (*telangiectasis*). Te same również zmiany wywołuje dłuższe zadziałanie promieni Röntgena. Autor przeprowadzał na sobie doświadczenia, naświetlając kilka miejsc na przedramieniu bromkiem radu. Zmiany odczynowe, po tych naświetlaniach powstałe, były różne, zależne od długości naświetlań. Po 20-minutowem działaniu radu powstawał tylko obrzęk z zaczerwienieniem w miejscu naświetlanem. Po dłużej trwającem naświetlaniu powstawały powierzchowne uszkodzenia skóry w postaci ubytków, które następnie się zaciągały, pozostawiając mniej lub więcej rozległą bliznę. W tych miejscach także w jakiś czas później powstawały rozstrzenie naczyń włosowatych. Co do sposobu powstawania tych ostatnich autor jest innego zdania, niż Freund i Oppenheim, którzy rozstrzenie naczyń włosowatych uważają za następstwo pierwotnego schorzenia ścian naczyń pierwobytnych, wskutek czego podatność ścian naczyniowych zwiększa się przy silniejszem ciśnieniu podczas przekrwienia. Autor zaś uważa te rozstrzenie za następstwo następnej pracy, podjętej przez naczynia włosowate w celu lepszego odżywienia miejsc bliznowatych, pozbawionych naczyń. Na podstawie wyników swych doświadczeń sądzi autor, że leczenie radem naczyniaków na twarzy w celach kosmetycznych mija się z swem zadaniem, gdyż powodując blizny białe z czerwonemi plamkami (które są rozstrzeniami drobnemi), wywołuje jeszcze większe oszpecenie, niż sam naczyniak. Do leczenia naczyniaków zaleca autor stosować promienie Finsena i elektrolizę.

Dr. Stopczański.

HIGIENA. Nussbaum. **Wartość zdrowotna ogrzewalników nizko ogrzanych.** (*Odbitka z czasopisma »Gesundheits-ingenieur«* r. 1904). Esmarch. **Znaczenie przypalania się kurzu na ogrzewalnikach mieszkań.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 1). Nussbaum. **Rozkład kurzu na ogrzewalnikach.** (*Hyg. Rundschau* 1905, Nr. 8). Głównym zarzutem, wytaczanym przeciw ogrzewaniu centralnemu, jest ten, że psuje powietrze; w pojęciu ogółu przez wysuszenie, gdyż objawy na błonach śluzowych dostępnych powietrzu polegają głównie na uczuciu drapania. W pierwszej publikacyi stwierdza N., profesor higieny na politechnice w Hannowerze, że mylnie posądza się brak wilgotności za przyczynę powyższych objawów, gdyż zawartość wilgoci powietrza w salach, ogrzanych centralnie, zwłaszcza szkolnych, zazwyczaj znacznie przekracza przy zwykłej ciepłocie pokojowej odpowiednią dla organizmu ludzkiego zawartość wilgotności względnej, utrudniając naturalną utratę ciepła. Przyczyna objawów na błonach śluzowych leży w rozkładzie kurzu na wysoko ogrzanych ogrzewalnikach (kaloryferach). W części już publikacya pierwsza, głównie jednak obie następne, zajmują się na drodze doświadczeń szczegółowym rozbiorem czynników, powstających przy rozkładzie kurzu na kaloryferach, oraz sprzyjającym mu okolicznościom. Wynika z nich, że produktem gazowym suchej destylacyi kurzu, zawierającego wiele ciał organicznych, jest przeważnie amoniak, który zdaniem E. razem z innemi ciałami gazowemi, powstałemi przy rozkładzie kurzu, działa drażniąco na błony śluzowe. Wytwarzanie się amoniaku zależy nietylko od zawartości w kurzu ciał organicznych (zwłaszcza n. p. kału końskiego w kurzu ulicznym i pyle licznie uczęszczanych lokali publicznych, szkół), ale i od ciepłoty kaloryferu i stopnia wilgoci w powietrzu. Powyżej 70° C. (a nawet 90° C.) kurz suchy nie wytwarza amoniaku, natomiast po zwilżeniu już w ciepłocie 65—70 C. Najdokładniejsze czyszczenie kaloryferów z kurzu nie wstrzyma przy ogrzaniu ich powyżej 70° C. wytwarzania się amoniaku, gdyż na ogrzewalniki dostaje się kurz z sąsiedztwa samym ruchem powietrza, wywoływanym różnicą ciepłoty w najbliższej i dalszej odległości ogrzewalnika, — powszechnie zaś i z błędnej zasady wychodzące wystawianie na ogrzewalnikach misek z wodą ułatwia tylko wytwarzanie amoniaku i innych ciał drażniących. Od techniki ogrzewania należy przeto żądać zamiany dotychczas używanych ogrzewalników, nastawianych przy zupełnem otwarciu kurka na ciepłotę prawie strumienia pary na nieodpowiednio wysoką ciepłotę, — ogrzewalników o powierzchni większej, ogrzanych w mniejszym stopniu — najwyżej do 70° C. Przy urządzeniu dopływu pary w dole ogrzewalnika tego rodzaju następuje przyjemne ogrzanie powietrza ponad podłogą, uchyli się nieprzyjemne przegrzanie górnych warstw po

wietrza, dopływ kurzu z powietrzem na ogrzewalniki, rozkład kurzu na ogrzewalniku, a zarazem niebezpieczeństwo sparzenia. Zaletą tego rodzaju ogrzewalników jest nadto możność centralnego regulowania ciepłoty w całym domu przez nastawienie odpowiedniego przyrządu mierniczego dla ciśnienia pary, a tem samem utrzymanie jednostajnej ciepłoty w całym budynku, — dalszemi zaś zaletami oszczędność węgla i uchylenie straty ciepła przez przewietrzanie, konieczne nieraz przy obecnych ogrzewalnikach, dostarczających czasem zbyt wiele ciepła. *L. Bier.*

Schütze. **Praktyczne zastosowanie precypityn w chemii środków spożywczych.** (*Zeitschrift f. Hygiene*, Band 47, 1905). Surowica królików, którym poprzednio wstrzykiwano żółtko jaj, okazała się według S. odpowiednią do stwierdzenia, czy margaryna zawiera dodatek żółtka z jaj, jeżeli zawartość tegoż nie przekraczała 0,5—1 prc. w margarynie; sposób ten uważa S. za odpowiedni do stwierdzenia dodatku żółtka jaj i do innych środków spożywczych, jak w wyrobach cukierniczych, makaronach i t. p. Ponieważ do otrzymania surowic uodparniających za najodpowiedniejsze zwierzę uznany królik daje ilości zbyt małe, a kozy i jagnięta nie dają surowic odpowiednich, zaleca S. użycie stadnika, z którego otrzymał lepsze wyniki; podając im krew koni, otrzymywać z nich można surowicę do stwierdzenia zafałszowań mięsem końskiem w wyrobach mięsnych. *L. Bier.*

VIII. O kąpielach w starożytności.

Napisał

Dr. Adam Langie.

(Dokończenie).

Gmach rzymskich term przedstawiał zazwyczaj podłużny czworokątny budynek, w środku znajdował się piec (*hypocaustum v. fornax*), skąd rozchodziły się po całym gmachu rury (*caliducti*), rozprowadzając ogrzane powietrze. Rury te opatrzone były odpowiedniemi klapami, dozwalającemi dowolnie regulować ciepłotę. Nad *hypocaustum* umieszczone były trzy wielkie kotły, z tych pierwszy napełniano wodą zimną, doprowadzaną przez osobny wodociąg, drugi zawierał wodę letnią, a trzeci gorącą. Z każdego kotła prowadziły wodę rury do poszczególnych ubikacyi kąpielowych.

Cały szereg obszernych, nieraz olbrzymich sal służył do różnych rodzajów kąpieli. Przedewszystkiem szatnia, w której rozbierano się, nosiła nazwę *apodyterium v. spoliarium*. Do niej przylegała sala, w której przechowywano różne maście, używane do namaszczania ciała wśród kąpieli, zwana *unctuarium*. Obok sala, zwana *frigidarium* z basenem, wypełnionym zimną wodą (*piscina frigida*), gdzie obmywano się lub kąpano po tuszach parowych. Sąsiednia sala, *tepidarium*, przeznaczona była na to, aby tam w ciepłem, suchem powietrzu dobrze się ogrzać. Tu ustawiono były tylko ławki do siedzenia *(scamna)* i stąd dopiero przechodzono do właściwej ciepłej lub gorącej kąpieli w wannie *(solium)*, albo w basenie wspólnym (*calida piscina*), znajdującym się w dalszej sali, zwanej *caldarium*. »*Si in balneam venit* — pisze Celsus — *sub veste primum in tepidario insudare, ibi ungui, tum transire in caldarium*«. W *caldarium* też znajdowały się prócz wanien i basenu, miednice (*labra*) dla obmywania i zlewań przez tych, którzy kąpieli pełnych brać nie mogli, np. chorzy. Ci, według przepisu Celsusa, przeszedłszy do *caldarium*: »*in solium non descendere sed multa calida aqua per caput se totum perfundere tum tepida, dein frigida*«. Naokoło sali były zazwyczaj nyże (*scholae*) z ławkami, dobrze n. p. w pompejańskich wykopaliskach zachowane, gdzie czekały swej kolei osoby, pragnące się kąpać. Prócz tego była jeszcze osobna sala, zwana *sudatorium* dla kąpieli parowych. Mianowicie w jednym jej końcu, zwykle w półkolistem zagłębieniu, zwanem *laconicum v. vaporarium*, było urządzenie, dozwalające regulować większy lub mniejszy przypływ pary. Po kąpieli parowej brano zimną pełną kąpiel lub zlewania: »*sedebat ad flammam, deinde perfundebatur*« (Suetonius).

Do tych właściwych kąpielowych sal przybywa jeszcze cały szereg innych, tworzących drugą część gmachu, więc poczekalnie dla służby, towarzyszącej swym panom, sale dla gier i zabaw przed kąpielą, miejsce do ulubionej gry w piłkę (*sphaeristerium*), otoczone całymi gajami drzew i roślin ozdobnych; poczekalnie dla kąpiących, nawet restauracye i sklepy, a wreszcie na wzór greckich gimnazyów sale do ćwiczeń fizycznych i zapasów, czytelnie, biblioteki, w których poeci odczytywali swe utwory lub mówcy wygłaszali mowy, galerye dla widzów i t. p.

Baseny wspólne bywały nieraz olbrzymie i wspaniale przyozdobione, jak tego dowodzi znaleziony w Montegrotto basen marmurowy o powierzchni 125×85 stóp. Również wanny i miednice były nadzwyczaj kosztowne z marmuru, bronzu, srebrem i złotem zdobione, podobnie jak krzesła kąpielowe (*sellae balneares*) i przedmioty przy kąpieli używano, więc naczynia do oliwy (*ampullae*), do maści (*alabastra*), narzędzia do nacierania (*strigiles*) lub szczypczyki, służące do wyrywania włosów (*volsellae*).

W wielkich termach wszystkie powyżej wymienione sale były podwójne: osobno dla mężczyzn i dla kobiet, a jedynie mniejsze łaźnie posiadały urządzenia pojedyncze tak, że musiały być wyznaczono godziny kąpieli dla kobiet i dla mężczyzn. Budowano też osobne termy, wyłącznie dla kobiet przeznaczone, jak np. *Thermae Agrippinae* w Rzymie.

Takie olbrzymie urządzenia kąpielowe wymagały też dużego personalu, tem bardziej, że kąpiący lubił być dobrze obsłużonym. Nadzór ogólny nad gmachem i kąpielami miał osobny urzędnik, *balneator*; szaty odbierali i przechowywali *capsarii;* ogień w piecach podtrzymywali *fornacatores*; nacierania robili *tractatores* (w oddziale kobiet *tractatrices);* namaszczali maściami *unctores*, a wyrywali włosy *alipii*.

Do kąpieli, którą brano zwykle przed jedzeniem około 1-ej godziny, a która według ówczesnych wymagań miała być największą rozkoszą i powinna wszystkie zmysły jak najprzyjemniej drażnić, dodawano różnych ziół aromatycznych i wonnych olejków, a byli nawet specyaliści, którzy obmyślali i sprzedawali przeróżne w tym celu mięszaniny. Tak n. p. znaną jest sławna mięszanina, zwana »*poppoeanum*«, zawierająca w swym składzie mleko oślic, w której kąpała się żona Nerona Poppea, aby wygładzić, jak pisze Pliniusz, pojawiające się na jej twarzy zmarszczki.

Powoli też z biegiem czasu w miarę ogólnego upadku moralności w Rzymie i szalonego zepsucia, idącego z dworu Cezarów, termy owe stają się głównem ogniskiem rozpusty, zwłaszcza gdy mężczyźni zaczęli kąpać się razem z kobietami. Stało się to nawet przyczyną powolnego upadku term, zaczynającego się już w IV w. po Chrystusie, gdy chrześcijańscy duchowni ostro przeciwko nim występują. Rozpusta, uprawiana w łaźniach, zdaje się być też powodem, że św. Augustyn pozwala tylko raz na miesiąc się kąpać, a św. Hieronim zakazuje wprost uczęszczać dorosłym do łaźni, ograniczając kąpiele wyłącznie tylko do wieku dziecięcego. W ślad za tem idzie zaniedbanie wogóle kąpieli, które dopiero w wiekach średnich z rozkwitem medycyny u Arabów wchodzą znów w powszechne użycie. Karol Wielki, gorący zwolennik kąpieli, wprowadza je w cesarstwie swem, a wnet powstają urządzenia kąpielowe po klasztorach i szpitalach.

Prócz term zauważyć się daje rozkwit wielu miejsc kąpielowych w czasach rzymskich, które tłumnie odwiedzają najwybitniejsze osobistości i najbogatsze rodziny patrycyuszów. Ulubionem miejscem kąpielowem cesarza Klaudyusza jest np. Sinuessa, a Augusta — Albula.

Najmodniejszą jednak miejscowością kąpielową były kąpiele siarczane Bajae, zwane też *Aquae Cumanae*, w Kampanii rzymskiej. Zawdzięczają to uroczemu położeniu w pobliżu jeziora Awerneńskiego, groty Sybilli i Pól Elizejskich, oraz łagodnemu klimatowi. Już w r. 90 przed Chr. słyną jako ognisko, gdzie zbiera się corocznie kwiat arystokracyi rzymskiej tak, że w krótkim przeciągu czasu powstaje tam całe nowe miasto najzbytkowniejszych willi. Tutaj też chętnie przebywają cesarze i budują swe kapiące od złota pałace. Tutaj rozgrywają się ważne zdarzenia historyczne, jak związek Cezara, Pompejusza i Krassusa na obalenie Republiki: tu wsadza Nero swą matkę Agrippinę na okręt, z którego już więcej wrócić nie miała z rozkazu cesarza. Tu umiera cesarz Hadryan, tu wreszcie ogniskuje się całe moralne zepsucie patrycyatu rzymskiego, chłostano przez Cicerona, Varusa i Seneke.

Z innych miejsc kąpielowych słynęły i licznie odwiedzane były za czasów rzymskich jeszcze następujące:

Aquae Gratianae v. Domitianae, dzisiejsze *Aix-Les-Bains* w Sabaudyi, cieplice siarczane, w których dochowały się aż do naszych czasów resztki zabytków staro-rzymskich w postaci łuku tryumfalnego, zwanego *arcus campanus*, ruin ogromnej łaźni i zwalisk świątyni Dyany.

Colonia Aurelia Aquensis v. Aquae Aureliae, dzisiejszy Baden-Baden, czyli cieplice szwabskie w księstwie Badeńskiem, kwitły najbardziej za panowania Karakalli.

Aquae Aponi v. Patavinae, dzisiejsze Abano w prowincyi Padewskiej (cieplice siarczane).

Aquae Statiellae, dzisiejsze Aequi w prowincyi włoskiej Alessandria (cieplice siarczane).

Aquae Sextiae, dzisiejsze cieplice Aix w Prowancyi, założone w 123 r. przed Chr. przez prokonsula nazwiskiem Gnaeius Sextius Calvinus i więcej nawet odwiedzane w starożytności, niż obecnie. Dzisiejszy budynek kąpielowy stoi na tem samem miejscu, gdzie ongi wznosiły się termy rzymskie.

Aquae Pannonicae, dzisiejszy Baden pod Wiedniem, czyli Baden rakuski (cieplice ziemno-słono-siarczane), znane już za czasów Marka Aureliusza.

Aquisgranum v. Urbs Aquensis, dzisiejszy Akwizgran, czyli Aix-La-Chapelle, cieplice alkaliczno-solno-siarczane w prowincyi Nadreńskiej, zwane też w starożytności *Aquae Granenses*, gdyż patronem źródeł tych był za czasów rzymskich „Apollo Granus". Pierwsze wzmianki o nich pochodzą z epoki Aleksandra Sewera.

Aquae Tarbeliae, dzisiejsze Dax, cieplice siarczano-wapienne we Francyi z dochowanymi do dziś dnia szczątkami murów rzymskich.

Aquae Mattiacae v Fontes Mattiaci, dzisiejszy Wiesbaden, cieplice solankowe, znane już Pliniuszowi.

IX. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Paryżu.

(2—7 października 1905.

(Dokończenie.)

Sekcya III.

Ochrona i obrona dzieci.

Marfan (Paryż) podnosi, że w pierwszych dwóch miesiącach życia prawie nie ma przypadków śmierci z gruźlicy, zwiększa się ich liczba między pierwszym a drugim rokiem życia, aby osiągnąć szczyt w czwartym roku, a potem zmniejsza się od 6 do 12 roku i znowu się zwiększa aż do wieku dojrzałości. W liczbie osobników, zmarłych na inne choroby, u których znaleziono gruźlicę utajoną, znachodzimy 75% dzieci w wieku od 1 do 6 lat. Już tedy w wieku dziecięcym przedszkolnym grozi dziecku gruźlica, przed którą chronić je musimy. W celach ochronnych należy gotować lub wyjaławiać mleko, a przy używaniu surowego mleka dostarczać je tylko od krów na pewno wolnych od gruźlicy; dalej przeszkodzić stykaniu się z gruźliczymi na spacerach; nie dozwolić pieszczot i brania na ręce przez jednostki nieznane i podejrzane; nie dozwolić wkładać rozmaitych przedmiotów do ust; często myć dziecku ręce; przy zmianie mieszkania dezynfekcyonować nowe mieszkanie; nie trzymać służby gruźliczej; przebywać zdala od chorych na gruźlicę wspólnie mieszkających członków rodziny, którzy powinni bezwarunkowo spluwać do spluwaczek; starannie gotować nakrycie stołowe; w końcu należy zamiatać na mokro. Celem uniknięcia narodzin dzieci z usposobieniem gruźliczem, należy przeciwdziałać małżeństwom jednostek gruźliczych, a dzieci ze skłonnością do gruźlicy chronić przed schorzeniem przez pobyt na świeżem powietrzu i sute żywienie mięsne. Urządzenie kolonii wakacyjnych, sanatoryów morskich i uzdrowisk gruźliczych zmierza do tego samego celu. Nadto Marfan zachwala zapoczątkowaną w roku 1903 przez prof. Granchera akcyę celem ochrony dzieci przed gruźlicą, która usuwa dzieci, bezwarunkowo jeszcze zdrowe, z gruźliczego środowiska, rozmieszczając je bądź wśród zdrowych rodzin, bądź na wsi lub w domach zdrowia.

Heubner (Berlin) żąda, aby matki gruźlicze nie karmiły swych osesków, oraz żąda usilnie pouczania, jak dzieci sztucznie karmione chronić przed gruźlicą.

Vallée (Alfort) na podstawie swych doświadczeń stwierdza, że gruźlica tchawicy i oskrzeli u cieląt prawie zawsze pochodzi z zakażenia drogą jelit.

Comby sądzi, że gruźlica u dzieci zaczyna się drogą oddechową i że zakażenie udziela się dziecku od otoczenia. Na 1026 sekcyi, wykonanych w ciągu lat dziesięciu, znalazł w 386 przypadkach (zwyż 37%) gruźlicę. Na tych 386 przypadków w 376-ciu (t. j. zwyż 97%) gruczoły oskrzelowe były zserowaciałe, a nie było ani jednego przypadku gruźlicy przewodu pokarmowego. Co do wieku gruźlica okazuje następujący stosunek:

przed trzema miesiącami życia 2%,
od 3—6 miesięcy 15%,

potem proporcya wzrasta do 30, 40 i 60%, co przemawia dobitnie przeciw dziedziczności.

Boulay i Haeckel, oraz Veillard (Lozanna) wskazują na to, że wtargnięcie prątków może się odbyć drogą błony śluzowej nosa, gardła i krtani, oraz migdałków, a zakażenie postępuje drogą naczyń chłonnych.

Küss (Angicourt) donosi o wynikach autopsyi jednostek, dotkniętych gruźlicą płucną i chirurgiczną, z których wynika, że większość przypadków rzekomo pierwotnej gruźlicy chirurgicznej, oraz znaczna liczba przypadków gruźlicy płucnej u dorosłych, zawdzięcza swe pochodzenie samozakażeniu, wyszłemu z utajonego ogniska gruźliczego, pochodzącego jeszcze z wieku dziecięcego. Te ogniska utajonej gruźlicy posiadają w większości przypadków dyspozycyę topograficzną, wskazującą na wtargnięcie prątków drogą płucna.

Hutinel i Lereboullet zaznaczają różnicę między gruźlicą u dorosłych, która stopniowo opanowuje ustrój, a dziecięcą, postępującą etapami. Przy nieznacznej zmianie początkowej znaczny obrzęk gruczołów stanowi tam pierwszy etap utajonego przebiegu choroby, która potem w wieku dorosłym przybiera większe rozmiary. Stąd wynika nietylko potrzeba ochrony przed zakażeniem, lecz potrzeba wzmocnienia ustroju ze sprawą utajoną.

Zuber (Paryż) żąda, aby rodzina poddawała personal służbowy przed przyjęciem badaniu lekarskiemu w kierunku gruźlicy.

Roux i Josserand (Cannes) podają, że gruźlica u dzieci jest często utajoną i nader rozszerzoną (u 44 na 100). Bywa zawsze usadowioną w gruczołach oskrzelowych. Gruźlica płucna utajona wzrasta do 6-ciu lat. Gruźlica gruczołów słabnie do ośmiu lat, a gaśnie do 15—16 lat. Radyoskopia oddaje znaczne usługi przy wykrywaniu utajonej gruźlicy.

Méry (Paryż) omawia gruźlicę szkolną. Zakażenie szkolne przenosi się z nauczycieli lub z uczniów. Według Brouardela piąta część nauczycieli dotknięta jest gruźlicą. Niebezpieczeństwo zarażenia się od nauczyciela jest większe, aniżeli od uczniów; zarażenie się wśród rodziny znacznie łatwiejsze, niż w szkole. Wogóle bywa gruźlica utajona, utrzymująca się bardzo często u dzieci aż do wieku dojrzałego. Naegeli znalazł na sekcyach dzieci w wieku od 5—14 lat 33% gruźlicy; Bollinger w 1-szym roku życia 218 przypadków gruźlicy na 500 dzieci, a Comby na 933 obdukcyi znalazł gruźlicę w 37·2% przypadkach. Celem czuwania nad dziećmi należy 2 razy do roku odbyć lekarską kontrolę z oznaczeniem wagi, obwodu w pasie i pomiarów klatki piersiowej.

Ganghofner (Praga), stwierdza, że w szkole nie mamy tyle z gruźlicą jawną do czynienia, co z utajoną pod postacią zołzów. Zadaniem naszem jest dążyć do tego, aby ujemne czynniki, działające w szkole, nie potęgowały istniejącego już przedtem usposobienia. Z jednej strony musimy zwrócić uwagę na warunki miejscowe, jak światło, powietrze, przewietrzanie, ogrzewanie i czystość; z drugiej na plan nauki, któryby uwzględniał w dostatecznym stopniu stan fizyczny, dawał dostateczną możność spoczynku i rozwoju cielesnego i uwzględniał indywidualną wydatność uczniów. Nadto, by szkoła nie była rozsadnikiem chorób zakaźnych, usposabiających do gruźlicy, jak krztuśca i odry. Powinniśmy oprócz tego odradzać dotkniętym gruźlicą dzieciom uczęszczania do szkoły i dążyć do ziszczenia teoretycznie uzasadnionego postulatu, by dla chorych gruźliczych były zaprowadzone odrębne zakłady naukowe.

Borbier i Boisnot, badając mocz dzieci od 8—15 lat, pozostawionych na stałej dyecie, a okazujących początki

gruźlicy, zauważyli: 1) zwiększenie się ilości moczu całkowitej i na kilogram wagi; 2) zwiększoną utratę azotu i fosforu, wzmagającą się aż do podwójnej ilości prawidłowej; 3) powyższe zmiany pozostają w ścisłym związku z przebiegiem zakażenia gruźliczego.

Cruchet (Bordeaux) kładzie nacisk na łatwość i konieczność badania stolców na prątki Kocha u dzieci w celach rozpoznawczych.

Tissié (Bordeaux) żąda zmiany planu nauk dzieci z szerokiem uwzględnieniem ćwiczeń gimnastycznych, oraz żąda lekcyi na świeżem powietrzu.

Butte zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zakażenia się gruźlicą z książek szkolnych, wykazane przez niego doświadczalnie na zwierzętach.

Matthieu, Legendre i Chaumié żądają, by rozkład pracy szkolnej był tego rodzaju, aby tylko przed południem odbywała się nauka, a popołudniu przechadzki, ćwiczenia fizyczne i powtarzanie.

Prof. Grancher podnosi z naciskiem, że obecnie za późno rozpoznajemy gruźlicę, że pierwszym objawem gruźlicy oskrzelowo-gruczołowej jest nieprawidłowy wdech, który, utrzymując się na jednem miejscu stale i niezmiennie, jest objawem pewnym. Wczesne rozpoznanie gruźlicy już w tym okresie jest ważnem, bo wówczas chory jeszcze nie kaszle lub kaszle nie wiele i gruźlica wyleczona w tym okresie przestaje być zakaźną. Lekarz powinien też zawsze zbadać całe otoczenie chorego gruźliczego i znajdzie nieraz u niejednego początki sprawy chorobowej.

Mery i Terrien donoszą o nader ciekawem spostrzeżeniu u dziecka, u którego przypalenie pętlą galwanokaustyczną toczenia twarzy wywołało następnej nocy gwałtowny ból w stawie biodrowym lewym, który ustąpił po 48 godzinach. Po 15 dniach po ponownym zabiegu ból powrócił i rozwinęło się zapalenie stawu biodrowego. Autorowie przypuszczają, że podczas zabiegu toksyny weszły w krwiobieg i zadziałały pobudzająco na utajone ognisko gruźlicze.

Josias i Roux zaznaczają bardzo korzystny wpływ żywienia surowem mięsem i sokiem z mięsa u dzieci, dotkniętych gruźlicą. U dzieci, u których w pierwszym miesiącu powyższego żywienia jest przybytek wagi o $^1/_{20}$-tą, rokowanie sprawy chorobowej jest bardzo pomyślne.

Jagot przedstawia wyniki kolonii wakacyjnych dzieci w Anjou. W r. 1903 należało 125, w r. 1904 — 237, a w r. 1905 — 300 dzieci. Przeciętny przybytek był $1^1/_2$ kilograma wagi, 2 cm. w obwodzie w pasie, 3 cm. w obwodzie klatki piersiowej i $2^1/_2$ cm. wydolności oddechowej.

Hayem (brat profesora) opisuje urządzone higienicznie schronisko dla dzieci przy swojej fabryce, gdzie matki-robotnice karmiące mogą co 3 godziny karmić swoje niemowlęta.

Dr. Espine (Lyon) rozpatruje sanatorya morskie dla dzieci prawie wszystkich krajów europejskich i dochodzi do wniosków, że korzystny wpływ leczenia morskiego w zołzach, oraz przy usposobieniu gruźliczem jest niewątpliwy, nadto jest on wybitnym w gruźlicy płuc i otrzewnej u dzieci. Leczenie powietrzem morskiem powinno się zaczynać jak najrychlej, a wspiera je leczenie kąpielami morskiemi i promieniami słonecznymi. Sanatorya morskie powinny podawać statystykę według jednolitego planu.

Armaingaud przedstawia statystykę 15 morskich sanatoryów dla dzieci we Francyi. Na 60 000 dzieci otrzymano wyleczenie u 50%, a nader wybitną poprawę w 25% przypadków.

Sekcya IV.

Opieka i ochrona dorosłych. Higiena społeczna.

Fuster (Paryż), zaznaczając potrzebę ochrony zdrowych i pomocy dla chorych wobec gruźlicy, zastanawia się nad panującym w Niemczech kierunkiem tworzenia sanatoryów i znajduje, że one z jednej strony są niezbyt dostępne dla szerszych mas, a z drugiej stanowią one mechanizm dość zawikłany, o ile ma należycie funkcyonować. Wybitną rolę w walce przeciwgruźliczej grają instytucye wzajemnej pomocy, rozpowszechnione we Francyi, które atoli przeważnie dźwigają ciężar zasiłków, dostarczanych chorym członkom, zamiast działać zapobiegawczo. Fuster poleca połączenie wspólne towarzystw ubezpieczenia na przewlekłe choroby z towarzystwami ubezpieczenia przeciwgruźliczego.

Bielefeld (Berlin) podnosi dodatnie znaczenie ubezpieczenia robotników, obowiązkowego w Niemczech, które dostarcza zasiłków pieniężnych chorym robotnikom i ich rodzinom. Ścisłe liczby wykazują, że na 100 leczonych gruźliczych w latach 1896—1900 pozostało 21, 31, 32 i 35 takich, którzy byli jeszcze po pięciu latach dostatecznie zdolnymi do pracy, nie pobierając renty. Nadto stowarzyszenia te odczytami i broszurami działają kształcąco na ogół członków. Śmiertelność na gruźlicę w Prusiech obniżyła się. W r. 1886 było 88.283 przypadków zejścia śmiertelnego na gruźlicę, a w roku 1902 tylko 66.726. W miastach, liczących ponad 100 tysięcy mieszkańców, śmiertelność na 10.000 wynosiła w r. 1886 przypadków 37.36%, a w roku 1902 tylko 22%.

Mabillaud żąda centralizacyi wszystkich towarzystw ubezpieczeń i połączenia ubezpieczenia na starość z ubezpieczeniami na wypadek choroby. Zakładanie sanatoryów powinno być rzeczą rządu, a nie towarzystw ubezpieczeń. Żądanie to znalazło przeciwnika w profesorze Brouardelu, który przestrzega przed utożsamianiem choroby z niezdolnością do pracy.

Mabillon (Bruksela) podnosi potrzebę peryodycznej dezynfekcyi formaliną urzędów publicznych, oraz papierów urzędowych. Sposób ten jest zaprowadzony i pozostaje pod kontrolą lekarską w belgijskiej Kasie oszczędności.

Bollag (Liestal, Szwajcarya) donosi, że kasy zapomogowe szwajcarskie zwalczają gruźlicę drogą odczytów, przez badanie plwocin, rozdawanie spluwaczek i zasiłki pieniężne.

Mortial (Paryż) zaznacza, że środki dla osób pojedynczych mają mniejsze znaczenie w walce z gruźlicą, aniżeli środki społeczne. Konieczną jest ochrona robotnika, starania o spoczynek, zdrowe pożywienie i pobyt na powietrzu, oraz kontrola nad warunkami, wśród których odbywa się praca w warstatach.

Boileau również kładzie silny nacisk na społeczne znaczenie i zwalczanie gruźlicy: na „choroby z nędzy“, na potrzebę międzynarodowej walki z tą klęską, oraz na konieczność dążenia do osiągnięcia żądań proletaryatu, odnoszących się do regulacyi pracy, spoczynku i snu.

Romme (Paryż) omawia czynniki ekonomiczne, stanowiące społeczną przyczynę gruźlicy. Należy zwrócić uwagę na ciągłą emigracyę mieszkańców wsi ku miastom, którzy w nowych siedzibach wykazują dwa razy większą śmiertelność na gruźlicę, aniżeli w pierwotnych. W miastach francuskich przemysłowych śmiertelność na gruźlicę na 10,000 wynosi 56—61, podczas gdy w miastach głównie rolniczych wynosi ona 10 na 10,000. Nietylko emigracya ze wsi do miasta, lecz także nowe warunki do pracy grają tu rolę, bo przemysł przeważnie mieści w sobie warunki niezdrowia już w samej pracy, jakoteż w życiu, odżywieniu i mieszkaniach robotniczych. Jeszcze gorszym jest pod względem zdrowotnym drobny przemysł, ponieważ tam pracownia uchodzi wszelkiej kontroli publicznej i tam w znacznej części zatrudnieni są bezkarnie członkowie rodziny, dziewczęta i małoletnie dzieci i to przez 12—15 godzin na dobę. Dodać do tego należy najniższe zarobki, przywiązane do tego drobnego przemysłu. Ponadto stwarzają miasta alkoholizm i co za nim idzie przebywanie w dusznych lokalach, oraz bardziej jeszcze uszczuplone warunki bytu i brak opieki nad dziećmi. Gruźlica wzrasta w prostym stosunku do zmniejszonych dochodów, co autor wykazuje na liczbach z Hamburga, Frankfurtu, Monachium, Berlina, Wiednia i Paryża.

Newsholm (Brighton) stwierdza, że statystyka gruźlicy płucnej, jako miary gruźlicy wogóle, wykazuje w wielu krajach spadek śmiertelności, zależny od polepszenia warunków i postępów higieny, oraz od odosobniania jednostek gruźliczych po zakładach i niesionej pomocy.

Sternberg (Wiedeń) podnosi, że nie wystarczy ograniczyć się do stwierdzania czynników ekonomicznych, sprzyjających gruźlicy. Zachodzi potrzeba osobnej dyscypliny; medycyny, względnie terapii społecznej, która może rozwinąć swą działalność łącznie z polityką społeczną i z uwzględnieniem stosunków prawodawczych i wykonawczych.

Landouzy projektuje postulaty w kierunku unormowania obowiązkowego gęstości rozmieszczenia na terytoryach miejskich.

Weil-Mantou kładzie nacisk na to, że przy zwalczaniu gruźlicy punktem oparcia ma być 1) dezynfekcya, 2) szkoła, która powinna odnawiać i odmieniać nasze obyczaje.

Spillmann (Nancy) domaga się ścisłej kontroli prostytutek w kierunku gruźlicy.

Perrin (Nancy) na podstawie badań potomstwa tysiąca chorych w klinice profesora Spillmanna w Nancy, dochodzi do wniosku, że gruźlica jest ważnym czynnikiem wyludniającym *a*) przez zmniejszanie liczebne porodów, *b*) przez zwiększanie przyczyn gruźlicy u dzieci już liczebnie ograniczonych.

Teuner (Beneson, Czechy) zachwala urządzanie przy szpitalach ogólnych osobnych pawilonów, przeznaczonych wyłącznie dla gruźliczych. Tą drogą otrzymał on wyniki, odpowiadające wynikom, otrzymywanym w sanatoryach.

Pecker proponuje organizacyę umiejętnej opieki nad mieszkaniami celem zwalczania gruźlicy.

Ryn (Bruksela) zachwala urządzanie specyalnych szpitali dla dotkniętych gruźlicą.

Curtois-Suffit i Laubry (Paryż) stwierdzają, że uzdrowiska i zakłady dla gruźliczych we Francyi nie cieszą się takim entuzyazmem, jak w krajach niemieckich. Nie powinny one uchodzić za główny czynnik w walce z gruźlicą, ponieważ jest ona mniej chorobą zakaźną, a raczej klęską społeczną, a nadto ponieważ wyleczalność gruźlicy jest względną. Zachodzi znaczny niestosunek między koniecznymi środkami, a społecznem znaczeniem bezpośrednich wyników. Powinny one być zakładami ochronnymi, a nie leczniczymi.

Bang (Silkeborg) wyraża opinię, że sanatorya działać winny, nietylko udzielając ubogim dobrego odżywienia i spoczynku, lecz także kształcąc ich i wychowując w kierunku higienicznym. Autor proponuje schroniska dla gruźliczych niezdolnych do pracy i zakłady dla ozdrowieńców, opuszczających sanatorya gruźlicze, w którychby się ich przystosowywało i przyzwyczajało do pracy.

Beco (Bruksela) podnosi potrzebę skombinowanego współdziałania ochron gruźliczych z innymi zakładami, jak szpitale, towarzystwa ubezpieczeń, Kasy chorych, zakłady bakteryologiczne, towarzystwa domów robotniczych itp.

Boumier i Juilerat (Paryż) dowodzą, że złe mieszkania szerzą gruźlicę z jednej strony, a to przez brak światła, który dozwala swobodnie przebywać prątkom gruźliczym, a z drugiej strony przez wywoływanie niedokrwności i czynienie ustroju ludzkiego podatniejszym na zakażenie gruźlicze. Stawiają oni cały szereg postulatów celem zaradzenia złemu. We wszystkich miastach, liczących ponad 2.000 mieszkańców, należy urządzić ankiety, któreby stwierdziły rozmieszczenie gruźliczych według domów i znalazły prawa tego rozmieszczenia. Władze miejskie powinny się zająć zarządzeniami, aby wszystkie nowopowstające ulice przez kilka godzin dziennie były po jednej i drugiej stronie wystawione na działanie światła słonecznego i dlatego domy co do swej wysokości i szerokości winny być tak budowane, aby umożliwić działanie promieni słonecznych od góry aż do dołu. Podobnym warunkom ma odpowiadać budowa wewnętrznych podworców w domach, które nadto muszą mieć połączenie z drogami publicznemi, umożliwiające dostateczną wymianę powietrza. Każda ubikacya zamieszkała powinna otrzymywać światło z ulic i podworców, odpowiadających powyższym wymaganiom. Wszelkie urządzenia domów (np. piece) winny być tak zbudowane, aby zapewnić dostateczną wentylacyę. Lokale, zamieszkane przez gruźliczych, winny podlegać obowiązkowemu odkażeniu. Pokrywanie podworców szklanymi dachami lub w podobny sposób winno być wzbronionem.

* * *

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Odezwa. Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy" rozesłał na święta Bożego Narodzenia do wszystkich kolegów życzenia świąt i Nowego Roku i załączył pewną ilość znaczków receptowych w nadziei, że ci z kolegów, którzy dotychczas znaczków nie używają, — używanie ich wprowadzą w zwyczaj u siebie, przez co fundusz dla niezaopatrzonych wdów i sierot po lekarzach niepomiernie w przyszłości się zwiększy.

Z własnego doświadczenia półtorarocznego twierdzimy, że publiczność sprawie znaczków jest przychylną i z tej strony lekarz nie znajduje żadnej niechęci, trzeba tylko chcieć dobrą sprawę wytrwale prowadzić i wprowadzić chęci w czyn, a kwoty ze sprzedaży znaczków będą liczne i obfite.

Zamiast zwalczać słowem albo pismem sprawę doniosłą dla naszego stanu i nawskroś humanitarną, zabrać nam się należy do dzieła cicho, wytrwale i solidarnie, byśmy sobie mogli powiedzieć: jeden za wszystkich, wszyscy za jednego.

Dowiadujemy się, że w Wiedniu żywo się krzątają około wprowadzenia znaczków receptowych i rzecz tę traktują jako zupełnie nową, nie wiedząc o tem, że od półtora roku sprawę znaczków u nas wprowadzono. Tak więc za przykładem naszym pójdą i lekarze innych krajów i niewątpliwie przyczynią się w ten sposób do rozpowszechnienia tego cennego źródła dochodów dla funduszu wdowiego.

Załączyliśmy prócz tego po jednym formularzu rachunku lekarskiego, spodziewając się, że koledzy chętnie nimi posługiwać się będą i w ten także sposób przyczynią się do wzmożenia funduszu wdowiego.

Z Wydziału Towarzystwa Samopomocy.

Sekretarz:	Wiceprezes:
Dr. Langie.	*Dr. Bogdanik.*

Z Towarzystwa »Samopomocy lekarzy« donoszą:

I. „Pani Antonina Baumowa złożyła do rąk moich na fundusz wdów i sierot po lekarzach przy Tow. Samopomocy koron 80 (t. j. ośmdziesiąt), jako część nieprzyjętego przez jednego z lekarzy krakowskich honoraryum za leczenie jej ś. p. męża".

Dr. Langie,
generalny sekretarz.

II. Pan Gustaw Szancer, aptekarz w Skolem, zobowiązał się nalepiać na flaszkach z *syrup. kal. sulfoguaiacol. codein.* własnego wyrobu — znaczki jednohalerzowe, celem wzmożenia funduszu dla niezaopatrzonych wdów i sierot po lekarzach, za co Mu Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy składa publiczne podziękowanie.

Kraków, 19 grudnia 1905.

Sekretarz:	Wiceprezes:
Dr. Langie.	*Dr. Bogdanik.*

III. Wydział Towarzystwa Samopocy Lekarzy przypomina Kolegom, iż Walne Zgromadzenie w dniu 29 kwietnia 1905 zaleciło lekarzom przedkładanie pacyentom rachunków lekarskich półrocznie, ewentualnie po skończonem leczeniu.

Sekretarz:	Prezes:
Dr. Langie.	*Dr. Jordan.*

Żądania i rady lekarzy w sprawie zmiany niemieckiego ustawodawstwa, tyczącego się robotniczego ubezpieczenia. (*Forderungen und Vorschläge der Aerzte zur Abänderung der deutschen Arbeiterversicherungsgesetze. Den Mitgliedern des VII. internationalen Kongresses für Arbeiterversicherung in Wien überreicht von der Krankenkassenkomission des Deutschen Aerztevereinsverbandes.* R. Wagner Sohn. Weimar, 1905, str. 79).

W Nrze 46 „Przeglądu lek." z 18 listopada b. r. zdałem sprawę z VII. międzynarodowego Kongresu robotniczego, poświęco-

nego sprawie ubezpieczenia i tam już wspomniałem, że wszystkim członkom Kongresu rozdali lekarze niemieccy broszurę pod powyższym tytułem. Broszura ta obejmuje 79 stron druku, przeznaczona jest głównie dla nie-lekarzy i podzielona jest na 3 części. Część pierwsza, najciekawsza, której treść zamierzam pokrótce tu naszkicować, traktuje o prawnem uregulowaniu sprawy lekarzy kasowych; druga o zamierzonem połączeniu poszczególnych gałęzi ubezpieczenia, a więc ubezpieczenia na wypadek choroby, na wypadek stałej niezdolności do pracy i starości; a w części trzeciej znajdujemy omówione stanowisko lekarzy kasowych w Austryi. Otóż w części pierwszej tej broszury omówione są żądania lekarzy niemieckich w sprawie ustawodawstwa, tyczącego się Kas chorych, a nadto wskazują tam lekarze niemieccy lekarzom w Austryi, których organizacya jeszcze jest w powijakach, co uzyskali dotąd organizacyą i samopomocą. Jako kardynalne żądanie, które zdoła ustawowo zapewnić lekarzom kasowym niezależność, jest i pozostanie nadal wprowadzenie wolnego wyboru lekarzy we wszystkich Kasach chorych, t. z. dopuszczenie do praktyki w Kasach każdego nieposzlakowanego, dyplomowanego lekarza, który się podda warunkom, skreślonym przez organizacyę lekarską i Kasy chorych. Twierdzenie niektórych Kas chorych, jakoby wolny wybór lekarzy groził Kasom finansową ruiną, zwalcza broszura, powołując się na niedawny okólnik ministra spraw wewnętrznych w Wirtembergu, w którym można między innemi znaleźć następujące słowa: „Doświadczenia, jakie poczyniono z systemem kontrolowanego wolnego wyboru lekarzy w Wirtembergu, są nadzwyczaj korzystne, system ten odpowiada zarówno interesowi ubezpieczonych, zezwalając im na leczenie się u lekarza, do którego mają zaufanie, jakoteż i słusznym interesom zawodowym lekarzy i nie sprawdziły się obawy finansowego przeciążenia Kas i to nawet tam się te obawy nie ziściły, gdzie jako podstawę wynagrodzenia lekarskiego za poszczególne świadczenia przyjęło państwową minimalną taksę. A więc możemy Kasom gorąco polecić przejście do systemu wolnego wyboru lekarzy tam, gdzie go dotąd jeszcze nie ma. A w takim razie winny Kasy zawierać umowy nie z poszczególnymi lekarzami, ale ze związkami lekarzy, które w obwodzie Kasy już to istnieją, już to powstają“.

Drugiem zasadniczem żądaniem lekarzy niemieckich jest bezwzględna swoboda koalicyi i stworzenie tak zw. Komisyi ugodowych (*Vertragskomissionen*), które dotąd bezbronnemu lekarzowi dają możność zawierania umowy z swym pracodawcą, t. j. zarządem Kasy, umowy, licującej z godnością zawodu i możność uzyskania odpowiedniego wynagrodzenia. Z całym naciskiem podkreśla broszura, że „Komisye ugodowe obok wolnego wyboru lekarzy są najważniejszym punktem regulacyi sprawy lekarzy kasowych. Bardzo szczegółowo zestawiony jest przegląd wszystkich dotychczas w Niemczech istniejących komisyi ugodowych, ich urządzenie, zakres działania i znaczenie. Przegląd ten dowodzi, że z małymi wyjątkami (Berlin, Hamburg) poczucie solidarności zawodowej kwitnie wśród lekarzy niemieckich i że instytucya tych Komisyi ugodowych coraz bardziej się przyjmuje i coraz głębsze zapuszcza korzenie. Praca, której dotąd Komisye ugodowe dokonały, jest ogromna. Nie przesadzimy, jeśli powiemy, że już samo istnienie Komisyi ugodowych w tysiącznych przypadkach uchyliło wybuch poważnych starć“. Z zupełną rezygnacyą mówi broszura o „najzupełniej patologicznych“ stosunkach między lekarzami kasowymi w Berlinie tak, że zmiany na lepsze spodziewa się tylko po prawnej regulacyi sprawy.

Komisya żąda, żeby wszelkie przepisy obowiązujące dla umów, zawieranych między Kasami a lekarzami, ustalały Komisya ugodowa i Zarządy Kasy. Ustawa normować powinna tylko sprawę honoraryum. Komisya w tym kierunku proponuje, aby maksymalna wysokość lekarskiego honoraryum wynosiła $22\frac{1}{2}\%$ rocznego (możliwie najwyższego) dochodu Kasy.

Jak wiadomo, rząd zamierza zarówno w Niemczech, jak i w Austryi, zmienić dotychczasowy sposób opłacania wkładek do Kas chorych. Dotąd płaci pracodawca $\frac{1}{3}$ wkładki, a $\frac{2}{3}$ robotnik; obecnie wedle nowych projektów mają i pracodawca i robotnik płacić po połowie i za to ma też w przyszłości składać się zarząd Kasy, nie, jak dotąd, z przewagi robotników, ale po połowie z robotników i pracodawców. Przeciw temu, jak to już nieraz miałem sposobność zaznaczyć, gorąco występują robotnicy, broniąc autonomii w Kasach. W sprawie tej wypowiada się również broszura ze słuszną rezerwą, zaznacza, że jest to sprawa politycznej natury, wobec której winni lekarze zachować się neutralnie, że jednak Kasy potrzebują szerokiej swobody działania i stanowienia o sobie, jeśli się mają rozwijać.

Stahr.

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, 28 grudnia.

Numer dzisiejszy jest ostatni, który po dziesięciu latach podpisuję w charakterze redaktora głównego „Przeglądu lekarskiego“. Odchodzę od stołu redaktorskiego ani znużony, ani wyczerpany, a tem mniej zniechęcony; tylko przekonanie, że nie wiele jest lat w życiu człowieka, w których stopa jego energii dotrzymuje kroku postępowemu rozwojowi wiedzy i że prędzej czy później między umysłowemi potrzebami czytelników, a zadośćuczynieniem im ze strony redaktora, wytworzyć się musi odstęp, który później już bezwiednie dla niego będzie się powiększał, — nakazały mi złożyć mandat. Przyzwyczajenie wytwarza coś w rodzaju nałogu; więc oddając tekę, nie opuszczam grona redaktorskiego; ustępuję tylko z przed frontu i staję do szeregu, w którym rozpocząłem służbę przed laty trzydziestu i bez przerwy ją pełnię.

W perspektywie czasu staje mi przed oczyma długi szereg spółpracowników: dziś więcej niż kiedy przedtem oceniam ich trwałą i ani razu nie zamąconą życzliwość dla siebie i dla „Przeglądu lekarskiego“; niech mi więc wolno będzie na tem miejscu, które dziś jeszcze do mnie należy, wyrazić im, jak niemniej Towarzystwom lekarskim, których „Przegląd lekarski“ jest organem, najszczerszą, głęboko odczutą i dozgonną moją wdzięczność.

Dr. August Kwaśnicki.

* Towarz. lekar. krak. odbyło d. 20 b. m. posiedzenie wyborcze. Skład zarządu Towarzystwa na r. 1906 jest następujący: doc. M. Rutkowski — prezes; dr. E. Borzęcki — wiceprezes; prof. L. Korczyński — sekretarz stały; dr. L. Wilczyński — sekretarz doroczny; doc. S. Dobrowolski — skarbnik; dr. J. Landau — bibliotekarz; prof. S. Ciechanowski — redaktor „Przegl. lekarskiego“; dr. A. Kwaśnicki, prof. K. Klecki, prof. L. Korczyński, dr. B. Wojciechowski — członkowie Komisyi redakcyjnej. Delegatami na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrani zostali profesorowie lwowscy: dr. A. Gluziński i dr. A. Mars. Do Komisyi kontrolującej powołani zostali: kol. dr. M. Cercha i kol. Z. Wachtel, wreszcie Kuratorem „Domu Towarzystwa“ wybrany został kol. prof. J. Nowak.

* Z „Revue v neurologii, psychiatryi“ i t. d. (Nr. 12) dowiadujemy się, że Bracia Miłosierdzia w Krakowie otworzą w swoim szpitalu oddział dla umysłowo chorych.

* Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego wileńskiego w dniu 24 listopada po raz pierwszy po 40 latach przemówiono publicznie po polsku. Dziś, gdy prawo stowarzyszania się zostało zaliczone przez ukaz carski do zasadniczych podstaw rozwoju społecznego, a jednocześnie język polski nie może być, jak dotychczas, tamowany, ufać należy, że wskrzeszą się i inne nasze Towarzystwa lekarskie, istniejące przed r. 1863, że tu tylko wspomnimy o „Towarzystwie lekarskiem podolskiem“, założonem przez ś. p. d-rów Aleksandra Kremera i Adryana Baranieckiego. Odzyskanie stanowiska naszego w sferze umysłowo-moralnej powinno być wypisane na naczelnem miejscu naszego programu działania w konstytucyjnej Rosyi.

* Krakowska Rada powiatowa wybrała dr. Bolesława Komorowskiego do składu powiatowej Komisyi sanitarnej.

* Komitet wykonawczy Izb lekarskich austryackich, złożony z dr. Chiari'ego, dr. Ewalda, dr. Lista i dr. Brennera odbył audyencyę u prezydenta ministrów Gautscha, któremu złożył memoryał o działaniu Izb w ubiegłem dziesięcioleciu. Przewodniczący w przemówieniu swojem podkreślił, że mała wydatność z dziesięcioletniej działalności Izb lekar. ma swe usprawiedliwienie w niedostatecznej ustawie izbowej i w braku poparcia ze strony rządu, a na dowód tego twierdzenia przytoczył mowca, że na 274 podań 32% nie zostało załatwionych. Prezydent ministrów w odpowiedzi zastrzegł się, że sprawy tego rodzaju nie należą do zakresu jego działania, lecz że on użyje całego swego wpływu, ażeby minister spraw wewn. hr. Bylandt Rheidt w granicach możności zadość uczynił żądaniom i potrzebom Izb lekarskich w Austryi.

* Dnia 17 b. m. odbył się w Krakowie Zjazd lekarzy kolejowych okręgu Dyrekcyi krakowskiej, na który przybyło 44 członków. Zgromadzenie uchwaliło zorganizować Towarzystwo lekarzy kolejowych Zachodniej Galicyi, przedyskutowało statut i wybrało Komisyę, której poruczyło przeprowadzenie zatwierdzenia statutu.

* Dyplom doktora wszechnauk lekarskich otrzymali: Helan Jaworski — we Lwowie i Łucyan Tadeusz Włyński — w Krakowie. Dr. Jaworski był już doktorem medycyny uniwersytetu w Limie, a następnie w Madrycie; jest to zatem obecnie trzecia doktoryzacya.

* Między 3 a 9 grudnia zaszły nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim, buczackim (po 1 gminie), dobromilskim (3 gm.), kałuskim, kamione kim, jarosławskim, mościskim (po 1 gm.), nadwórniańskim (2 gm.) i przemyślańskim (1 gm.).

Nekrologia. Dr. Juliusz Zajączkowski, b. sekundaryusz szpitala powszechnego we Lwowie, lekarz ordynujący w tamtejszej poliklinice, zmarł w Zakopanem w 36 r. życia. Dr. Hosch, profesor nadzw. okulistyki, zmarł w Bazylei.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Z. 21 i 22. Brunner: O stosunku toksyny do antytoksyny (c. d.). Sędziak: Etyologia i leczenie grzybicy (*mycosis*) górnego odcinka dróg oddechowych (c. d.).

Innych czasopism z Królestwa Polskiego — nie otrzymaliśmy.

— *Nowiny lekarskie* Z. 12. Biegański: Medycyna wewnętrzna u nas na schyłku XIX wieku (dok.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 51. Chalupecký: Glaukom v lékařství úrazovém (c. d.). Srdinko: O drahách oběhu krevního v nadledvině člověka a jich vztahu k některým pathologickým affekcím této žlazy. Chvojka: Missed labour při centrálni vcestne placentě (c. d.). Zahradnický: Zprava o chirurgické činnosti všeobecné okresní nemocnice v Nem. Brodě za r. 1904 (dok.).

Revue v neurologii, psychiatrii, fisikalni a diaetetické therapii Nr. 12. Haškovec: Poznamky o galvanické resistenci hlavy. Velich: Studie o vlivu soustavy nervosé na tep (dok.). Mourek: Vzácný případ náhlé duševní infekce šesti sourozenců (dok.).

— *La Presse medicale* Nr. 100. Letulle: Badanie szczytów płucnych. Dumas i Halbron: Zakażenie wątroby drogą naczyń nadwątrobnych. — Nr. 101. Laboé i Furet: Zaburzenia w wydzielaniu chlorków z moczem. Czynniki otyłości. Gros: Wskaźnik endemiczny zakażenia zimniczego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 51. Salkowski: Przyczynek do nauki o nierozpuszczających się w wyskoku substancyach azotowych moczu, zwłaszcza koloidalnych. Cohn: O operacyjnem wyleczeniu oderwania siatkówki, trwającem jeszcze po upływie 23 lat. Katzenstein: Przyczynek do patologii i terapii wnętrostwa. Thilenius: Nowa wirówka (centryfuga) z wysoką liczbą obrotów i przyrządem do liczenia tych obrotów.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 51. Bauereisen: O hebotomii. Liepmann: Etyologia drgawek. Wendel: Leczenie X-promieniami raka przełyku. Neisser: Przyczynek do nauki o krwawieniu przy zapaleniu alkoholicznem wielu nerwów. Sommer: Właściwości elektrycznych zjawisk w zakresie skóry, w szczególności palców. Müller: Dezynfektor telefonu systemu Percy-Simundta.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 51. Hochenegg: Wskazania do apendektomii przy bolach kretniczokątniczych. Streintz: O promieniowaniu metali (metaloterapia). Ranzi i Auffenberg: W sprawie zdolności kikuta do dźwigania po operacyi Bungego. Khautz: Przyczynek do nauki o złamaniach kości strzałkowej.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 51. Düring: Leczenie łuszczycy. Besserer i Jaffé: O hodowlach durowych, które wobec oddziaływania uodporniającego zachowują się atypowo. Saathoff: Metoda zieleni metylowej i pyroniny dla elektywnego barwienia bakteryi w skrawkach. Krause: O zastosowaniu tuberkuliny nowej. Spengler: Pierwszeństwo w wytworzeniu i zastosowaniu tuberkuliny. Baratyński: Zastosowanie operacyi Bassiniego i Kochera w leczeniu przepuklin brzusznych. Herhold: Suchy katgut jodowy. Curschmann i Schlayer: Metoda Goldscheidera opukiwania serca (dok.). Sternberg. Badanie zmysłu smaku dla celów klinicznych. Königshöfer: Postępy w leczeniu chorób ocznych (dok.).

Redakcya otrzymała. Pieniążek: Traitement local sous le contrôle de la vue des rétrécissements de la trachée et des bronches. Dr. Nowotny: 1) Ciała obce w nosie, gardle i połyku, wydobyte w przeciągu ostatnich dwu lat. 2) Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w oskrzelach, tchawicy i przełyku. 3) Beitrag zur „Pachydermia laryngis“ 4) Die Therapie an der Universitätsklinik des Prof. Pieniążek für Nasen- Rachen- und Kehlkopfkrankheiten in Krakau. 5) Leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli przy tracheo- i bronchoskopii górnej i dolnej. 6) Beitrag zur Kasuistik der inspirirten Fremdkörper. 7) Ueber die Tracheo- und Bronchostenosen. Doc. A. Bochenek: 1) Anatomia i rozwój jamy ustnej i zębów. 2) Badania nad budową systemu nerwowego centralnego mięczaków, osłonic i szkarłupni. 3) Materyały do charakterystyki antropologicznej ludności Królestwa Polskiego.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 51 (od dnia 17 XII do 23 XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. —, dziew. —; nieżywo: chł. 1, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 17, kob. 11; zamiejscowych: męż. 9, kob. 4.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 2, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. 1, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 4, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. —. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 6, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 28, obcych 13.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PLĄSKOWSKIEGO, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim w terminie od dnia 1 Kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda około rub. 500. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie" (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora. 104

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*